



LUNDS
UNIVERSITET
Socialhögskolan

Samordnad individuell plan (SIP)

**En kvalitativ studie utifrån professionellas erfarenheter av
samverkan mellan socialtjänst och primärvård**

Enea Rasic & Fanny Kolhäger Persson

Kandidatuppsats (SOPA63)

HT21

Handledare: Johan Cronehed

Abstract

Authors: Enea Rasic & Fanny Kolhäger Persson

Title: *Coordinated individual plan (CIP) – a qualitative study based on professionals' experiences of collaboration between social services and primary care*

Supervisor: Johan Cronehed

Assessor: Malin Arvidson

The aim of this study is to investigate how professionals in social services and primary care reason about their experiences of a coordinated individual plan (CIP) and what expectations they have of themselves and each other in a CIP meeting. The purpose of CIP was to ensure that individuals with needs in both social services and health care are met. The methodology used in this study is based on qualitative interviews with eight professionals, four from social services and four from primary care, in the region of Skåne. In the analysis, we apply conceptions from new institutionalism and Erving Goffman's dramaturgical perspective in order to illustrate both an individual and an organizational perspective. The results show that the professionals have positive attitudes towards CIP and entails a holistic view. The imperative function of CIP is both viewed as a promoting factor and an obstacle. Moreover, the findings in this study indicate that CIP is a time-consuming process and that there is an presence of ambiguity regarding the division of responsibilities. This is found to result in that the perspectives of the professionals can collide in the CIP meeting. In addition, we observe that hierarchical power appeared in the CIP meetings. Moreover, the findings indicate that professionals adjust their roles based on prevailing norms in a CIP meeting. In general, social workers have low expectations of professionals in primary care while the care staff have high expectations of social workers. Furthermore, in the latter case the requirements are often unreasonable. Interestingly, several interviewees have high expectations of themselves in the CIP meeting. In conclusion, this study shows that there are several improvements to be implemented in order for CIP to fulfill its purpose.

Key words: social services, health care, primary care, CIP, coordinated individual plan, conflicts and interprofessionell collaboration.

Förord

Vi vill tacka vår handledare Johan Cronehed för ett gott samarbete och för att du inspirerat oss genom hela skrivprocessen. Vi vill rikta ett stort tack till våra intervjupersoner som tog sig tid att delta i studien. Utan er hade vår uppsats inte varit möjlig att genomföra och vi är tacksamma för att vi fick ta del av er kunskap och erfarenhet. Sist men inte minst, vill vi tacka varandra för ett väl genomfört arbete och den stöttning vi gett varandra under studiens gång.

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
1.1 Problemformulering	1
1.2 Syfte och frågeställningar	3
2. Kunskapsläge	4
2.1 Samverkan mellan hälso- och sjukvården samt socialtjänsten	5
2.2 Samordnad individuell plan (SIP)	7
2.2.1 Internationell forskning	7
2.2.2 Hinder och främjande faktorer avseende SIP	8
2.3 Förväntningar på den egna professionen respektive andra professioner	9
3. Teoretiskt ramverk	11
3.1 Nyinstitutionell teori	11
3.2 Det dramaturgiska perspektivet	13
4. Metod	15
4.1 Förförståelse	15
4.2 Metodologiska överväganden	15
4.3 Urval	16
4.4 Genomförande	19
4.5 Tillförlitlighet	20
4.6 Bearbetning och analys	22
4.7 Etiska överväganden	23
5. Analys	25
5.1 SIP som verktyg för främjande samverkan	25
5.2 Lagstadgad prioritering - tvingande eller frigörande?	27
5.3 Hinder i SIP	30
5.3.1 Tidskrävande process	30
5.3.2 Ansvarsförskjutning mellan professionerna	32
5.3.3 Professioner som krokar	33
5.3.4 Maktrelationer i SIP-mötet	35
5.4 Förväntningar	36
5.4.1 En roll i ständig anpassning	36
5.4.2 Förväntningar på den egna rollen och varandras roll	38
6. Sammanfattning	41
7. Avslutande diskussion	42
Referenslista	45
Bilagor	50
Bilaga 1	50
Bilaga 2	53
Bilaga 3	55
Bilaga 4	56

1. Inledning

1.1 Problemformulering

Samverkan definieras enligt nationalencyklopedin (2021) som ett gemensamt handlande för ett visst syfte. Samverkan som arbetsform har blivit allt mer frekvent förekommande mellan olika människobehandlande organisationer. Danermark och Kullberg (1999, s.9f) menar att samverkan mellan verksamheter är väsentligt för att verksamheten ska kunna utföra sitt arbete. Grunden till detta kan förklaras utifrån den utveckling som har skett i välfärdssektorn, där specialiseringen och professionaliseringen har fått en mer framträdande roll (Axelsson & Bihari Axelsson 2006, s.77f). Detta har i sin tur bidragit till en differentiering, det vill säga att man skapar en skillnad mellan någonting som tidigare var enhetligt. Differentiering har ökat risken för fragmentering, vilket beskrivs som ett tillstånd av differentiering med avsaknad av den integration som behövs för att nå enhetlighet. Samtidigt har individers komplexa behov och sociala problematik ökat behovet av samordning mellan olika verksamheter (Axelsson & Bihari Axelsson 2006, s.78; Miller & Ahmad 2000, s.1). Samverkan ses således som en nödvändighet för att kunna erbjuda omfattande och effektiva välfärdstjänster som kan möta individers olika behov samt bidra till ett holistiskt förhållningssätt (ibid.)

I tidigare forskning redogörs det samtidigt för en rad svårigheter i interprofessionell samverkan. Longoria påpekar (2005, s.135) att svårigheter uppstår eftersom samverkan inte definieras tydligt avseende terminologi och målsättningar. Svårigheter som förekommer är avsaknad av ansvarsfördelning, vilja till samverkan och oklarheter i vad professionerna kan förvänta sig av varandra (Widmark 2011, s.4f). Maktskillnader baserade på social status beskrivs som besvärande inom interprofessionell samverkan (San Martín-Rodríguez et al. 2005, s. 134; Widmark et al. 2016, s.54). Samtidigt leder den ökade professionaliseringen till bristande kunskaper kring respektive professioners kunskapsområden (San Martín-Rodríguez et al. 2005, s.137). I den interprofessionella samverkan intar professionerna olika perspektiv och värderar olika saker i ärendet vilket kan vara ett hinder. Tidigare forskning lyfter även att samverkan upplevs som tidskrävande och möjligheten att få kontakt med andra verksamheter är varierande (Widmark 2011, s.6; 2016, s.52).

År 2010 infördes bestämmelser om samordnad individuell plan (SIP) i socialtjänstlagen (2001:453) och hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) vars syfte var att säkerställa att individer med behov inom både socialtjänst och hälso- och sjukvård får dessa tillgodosedda utan att behöva bollas fram och tillbaka mellan de olika huvudmännen (Riksdagen, 2017). I Socialtjänstlagen, 2 kap 7§, och Hälso- och sjukvårdslagen, 16 kap 4§, framgår följande:

“När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med regionen upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om kommunen eller regionen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå

- 1. vilka insatser som behövs,*
- 2. vilka insatser respektive huvudman ska svara för,*
- 3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller regionen, och*
- 4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.”*

Samordnad individuell plan infördes med avsikten att motverka effekten av fragmentering som blir ett resultat av att människobehandlande organisationer är specialiserade och professionaliserade (Matscheck et al. 2018, s. 1). I juni 2020 tillsatte Regeringen (Dir. 2020:68, s.2) en särskild utredare för att skapa förutsättningar för att barn, unga och vuxna individer med samsjuklighet i form av missbruk och annan psykiatrisk diagnos eller liknande tillstånd ska erbjudas en samordnad vård och tillgång till samtliga vårdinsatser som personen i fråga är i behov av. Regeringen (Dir. 2020:68, s.8) hävdar att införandet av samordnad individuell plan (SIP) inte har gett avsedd effekt mellan socialtjänstens missbruksvård och hälso- och sjukvården, då flera av de utmaningar som låg till grund för införandet av SIP år 2013 fortsatt påverkar förutsättningarna för samverkan.

Vår förförståelse av samordnad individuell plan (SIP) har vi insamlat genom vår verksamhetsförlagda praktik som genomförts på socialtjänsten och inom primärvården. SIP-möten tycks enligt våra erfarenheter kunna bidra med goda förutsättningar för att skapa en samstämmighet mellan olika yrkesprofessioner. Samtidigt verkar detta inte fungera helt optimalt, då vi fått erfara att SIP används i begränsad omfattning. Fungerande samverkan har enligt vår uppfattning en stor relevans för socialt arbete då specialisering och professionalisering ställer krav på att samverkan över organisatoriska gränser är välfungerande, eftersom klienter annars riskerar avsaknad av hjälp som denne är berättigad till. Studien intar ett professionsperspektiv då vi intresserar oss för hur yrkesverksamma upplever samverkan i form av SIP och avgränsningen har gjorts eftersom det finns begränsad forskning kring detta ur ett professionsperspektiv. Vi anser att det är intressant att belysa hur yrkesverksamma upplever de lagstadgade förutsättningar de är skyldiga att arbeta utifrån. Mot bakgrund av detta vill vi med hjälp av begrepp från nyinstitutionell teori och Goffmans dramaturgiska perspektiv, undersöka yrkesverksammas upplevelser av samverkan och vilka förväntningar yrkesverksamma har på sig själva och varandra i ett SIP-möte.

1.2 Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie är att undersöka hur yrkesverksamma inom socialtjänsten och primärvården resonerar kring sina upplevelser av samordnad individuell plan (SIP) samt vilka förväntningar de har på sin egen roll och varandras roll i ett SIP-möte genom följande frågeställningar:

- Vilka främjande faktorer upplever de respektive professionerna att SIP-möten medför?
- Hur kan vi med hjälp av nyinstitutionell teori beskriva de hinder som de respektive professionerna upplever att det finns i SIP-möten?
- Hur kan vi med hjälp av Goffmans dramaturgiska perspektiv synliggöra de olika förväntningar som de respektive professionerna har på sin egen roll och varandras roll i SIP-möten?

2. Kunskapsläge

I syfte att bekanta oss med kunskapsläget avseende samordnad individuell plan (SIP) har litteratursökningar genomförts i databaserna LubSearch och med inställningen Peer Reviewed för att kunna försäkra oss om att expertis har granskat texten. Sökorden som användes var *samverkan, socialt arbete, socialtjänst, hälso- och sjukvård, samordnad individuell planering, SIP, coordinated individual plan, interprofessional collaboration, social work, health care* och *primary care*. Sökorden har använts i olika kombinationer med varandra. Litteratursökningar har även skett på LUBcat, vilket genererat resultat på Universitetsbiblioteket och Samhällsvetenskapliga fakultetens bibliotek i Lund. Under sökprocessen kunde vi konstatera att mycket av den litteratur vi hittat, refererade till samma artiklar och när vi såg att en artikel refererades till återkommande i texterna sökte vi manuellt efter artikeln i LubSearch. Eftersom andra forskare använt de artiklarna kunde vi försäkra oss om att de var ledande inom området och värderades som relevanta i relation till ämnet.

I samband med litteratursökningen kunde vi snabbt bekanta oss med den omfattande forskning, både nationellt och internationellt, som finns kring samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård samt mellan andra aktörer såsom exempelvis skola. Inom den internationella forskningen talar man om tjänster som ges av socialarbetare vilket motsvarar den svenska instansen socialtjänsten. Sökningarna har resultat i endast fåtal artiklar som berör SIP ur ett professionsperspektiv. Forskningsfältet avseende samordnad individuell plan (SIP) är enligt våra litteratursökningar mycket begränsat och vi har inte funnit forskning kring vilka förväntningar som olika yrkesprofessioner har på sig själva och varandra i ett SIP-möte. Mot bakgrund av detta kommer vi presentera tidigare forskning kring interprofessionell och interorganisatorisk samverkan mellan verksamheterna, hinder och främjande faktorer som SIP medför samt vilka förväntningar yrkesverksamma har på sig själva och varandra.

2.1 Samverkan mellan hälso- och sjukvården samt socialtjänsten

Samverkan är ett arbetssätt som har utvecklats inom välfärdssektorn både nationellt och internationellt. Den ökade decentraliseringen av beslutsbefogenheter, specialiseringen samt professionaliseringen anses ha en betydande roll för framväxten (Axelsson och Bihari Axelsson 2006, s.77f; Danermark & Kullberg 1999, s.9). Enligt Miller och Ahmad (2000, s.9f) är samverkan en lösning för att kunna möta individers komplexa behov. Det är även en konsekvens av de negativa följderna som uppstått när verksamheter har misslyckats med kommunikationen och inte samarbetat. Vidare beskrivs samordning av insatser, informationsutbyte samt användning av olika professioners kompetenser för en helhetssyn som några av de positiva aspekterna med samverkan (ibid.). Andra aspekter som nämns är den minskade risken för dubbelarbete samt ineffektivisering (Danermark 2000, s.9). Samtidigt uppmärksammar forskning svårigheterna med att utreda och bevisa positiva effekter av arbetsformen (Longoria 2005; Cameron et al. 2014, s.231).

Trots detta finns det en rad gemensamma kännetecken i internationell samt nationell forskning kring vilka faktorer som eftersträvas för fungerande samverkan mellan hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. Eftersträvande faktorer presenteras främst vid misslyckade samverkansmöten, eftersom avsaknaden av faktorerna betraktas som anledningen till att mötet inte lyckats. De eftersträvande faktorer som lyfts upp är; god kommunikation, klart syfte, tydlig ansvarsfördelning, tillgänglighet, engagemang, flexibilitet samt respekt för respektive profession (se t.ex. Cameron et al. 2014, s.229; Dunér & Wolmesjö 2015, s. 360; Glaser & Suter 2016; Willumsen & Hallberg 2003; Widmark 2011, s.4f). För att underlätta samverkan är det betydelsefullt att professionerna lär känna varandra och bygger en relation med kontinuerlig kontakt (Willumsen & Hallberg 2003, s.396f). Vidare visar forskning att bristande tillgänglig teknik mellan verksamheterna kan vara ett hinder i utvecklingen av samverkan genom att man har svårt att dela information samt använder sig av olika system (Hubbard & Themsel-Huber 200, s.381; Cameron et al. 2014, s.229f).

I tidigare forskning redogörs det för flertal hinder i samverkan mellan verksamheterna, där det särskilda mötet med professionerna är ett återkommande tema. Willumsen och Hallberg (2003) har i sin vetenskapliga artikel genomfört intervjuer med bland annat socialarbetare och läkare, med fokus på deras erfarenheter av interprofessionell samverkan. Resultatet visar på svårigheter som uppstår när professioners olika synsätt ska mötas och förenas (ibid., s.394). Orsaken till detta är att professionerna intar olika teoretiska perspektiv och tillvägagångssätt, där tidigare erfarenheter samt personliga värderingar är väsentliga i uppfattningen av problematiken samt de prioriteringar som görs (ibid.). Liknande komplikationer framkommer i annan forskning som undersöker samverkan mellan hälso- och sjukvården samt socialtjänsten, där hinder förekommer när olika perspektiv och värderingar ska sammanföras (se Cameron et al. 2014, s.230; Dunér & Wolmesjö 2015, s.361). Med tanke på att vår studie berör skilda yrkesprofessioner som traditionellt sett intar ett psykosocialt perspektiv respektive medicinskt perspektiv anser vi att det är relevant att lyfta fram eventuella konflikter som kan uppstå när professionerna samverkar utifrån olika traditioner.

Vidare uppmärksammar nationell samt internationell forskning den ojämlika relationen som råder i mötet mellan professionerna, där socialarbetaren visar sig ha en försvagad roll. Detta synliggörs i en svensk vetenskaplig artikel där biståndshandläggares erfarenheter av samverkan med hälso- och sjukvården undersöks (Dunér & Wolmesjö 2015). I artikeln framkommer det att biståndshandläggare är beroende av vårdpersonalen för att kunna utföra sitt arbete (ibid., 360). Skillnader i professionell status, professionell identitet samt makt leder till ett begränsat inflytande (ibid). Blomqvist (2012, s.200) skriver i sin avhandling att skillnaderna i den hierarkiska maktordningen resulterar i ett icke ömsesidigt beroende, vilket i sin tur påverkar det gemensamma arbetet negativt. Socialarbetarens roll beskrivs samtidigt som svårdefinierad gentemot professionernas roll inom hälso- och sjukvården, vilket är ytterligare en faktor som försvårar det gemensamma arbetet (se t.ex. Ambrose-Miller & Ashcroft 2016, s.107; Dunér & Wolmesjö 2015, s.362f; Glaser & Suter 2016, s.399).

Med tanke på att vår studie inriktar sig på samverkan mellan socialtjänsten och primärvården anser vi att det är lämpligt att redogöra för forskning som finns inom det området. Sunesson (1991) undersöker i sin rapport hur samverkan fungerar mellan

socialtjänsten och primärvården samt vilken betydelse det sociala perspektivet får i arbetet. Trots rapportens publikationsår anser vi att den är lämplig att redovisa, då den berör valda verksamhetsområden samt är genomförd i Sverige. I sin helhet beskrivs samverkan fungera dåligt mellan socialtjänsten och primärvården, vilket bland annat beror på bristande kunskap om respektives arbetsuppgifter samt ett ömsesidigt misstroende, vilket uttrycks i form av revir- och prestigetänkande (ibid., s.39f). Likt forskning som vi har presenterat tidigare, redogör rapporten för en asymmetrisk relation, där det medicinska perspektivet tenderar att vara ledande medan det sociala perspektivet blir bortglömt (ibid.).

Vidare uppmärksammar internationell forskning att införandet av samverkan som arbetssätt mellan socialtjänsten och primärvården ses som något positivt för att bidra till en helhetssyn men att det samtidigt krävs en grundläggande förändring av arbetssätten för att lyckas (Hubbard & Themsel-Huber 2005, s.382). Omvandling i tidigare rutinerade arbetssätt ses som en utmaning där det krävs tid för att se förändringar i nya värderingar samt vanor (ibid., s.376f). Ytterligare en vetenskaplig artikel redovisar för interprofessionella team inom primärvården samt redogör för de hinder som uppstår i samverkan, där sammanförandet av olika perspektiv är ett exempel (Ashcroft et al. 2018, s.113).

2.2 Samordnad individuell plan (SIP)

2.2.1 Internationell forskning

I Nordens övriga länder finns det motsvarigheter till den svenska lagstiftningen avseende samordnad individuell plan (SIP), som ställer krav på samverkan mellan kommun och hälso- och sjukvården. Vi har valt att lyfta en norsk avhandling författad av Gunnar Vold Hansen (2007) som belyser *individuelle planer*, vilket är den norska motsvarigheten till SIP. Avhandlingen valdes för att få en överblick över hur arbetet med individuella planer ser ut utanför Sverige och om det framkommer likheter eller skillnader mellan hur individuella planer upplevs av yrkesverksamma i Sverige och i Norge.

Enligt *lov om pasientrettigheter* § 2-5, har patienter med behov av långvarig och samordnad hälso- och sjukvård rätt att få en individuell plan upprättad. Syftet med att upprätta en individuell plan är att klienten får samordnade insatser, sina mål och behov kartlagda samt att samverkan mellan inblandande parter stärks. I Norge ansvarar en huvudman för den individuella planen, till skillnad från hur samordnad individuell plan (SIP) organiseras i Sverige där socialtjänst och hälso- och sjukvård har ett delat ansvar.

Vold Hansen (2007, s. 184) redogör för att bristande samarbete kan förstås som ett sätt att undvika konflikter mellan olika yrkesprofessioner. Vold Hansen (ibid.) beskriver att var och en profession kan arbeta utifrån sin övertygelse utan att behöva synliggöra sina bedömningar för andra yrkesverksamma vilket också leder till en förlorad kvalitetssäkring som diskussion kring bedömningar annars kunnat medföra. Ett hinder som synliggörs är att alla parter i mötet inte har tillräcklig kännedom om klienten, dennes resurser och funktion (ibid., s. 185). Detta hade kunnat förhindras om man samarbetat i den inledande kontakten med klienten när kartläggning av klienten görs eftersom man hade haft en gemensam uppfattning om klienten samt säkerställt att alla aktörer hade tillgång till samma information (ibid.).

2.2.2 Hinder och främjande faktorer avseende SIP

I redogörelsen för tidigare forskning har vi valt att belysa forskning som Nordström et al. (2016) genomfört. Nordström et al. (2016) har skrivit en artikel som undersöker vilka erfarenheter yrkesverksamma inom socialtjänst, hälso- och sjukvård samt skolan har av samverkan i form av SIP med fokus på vilka möjligheter respektive hinder som påverkar SIP, vilka överväganden som görs mellan kärnverksamheten och SIP. Artikeln genomfördes med en kvalitativ ansats i form av intervjuer i fokusgrupper och har avgränsat sig till att endast beröra SIP avseende målgruppen barn och unga. Även resultaten från riksdagens utvärdering (2017) presenteras integrerat med Nordström et als (2016) resultat då resultaten i stor omfattning belyser samma aspekter.

Resultatet av den insamlade empirin kunde redogöra för att det finns en hierarkisk ordning som skapar hinder i samverkansprocessen, exempelvis upplevde intervjupersoner att läkare och psykiatriker har en högre maktstatus vilket skapar obalans (Nordström et al. 2016, s.46). Ett hinder med SIP är att lagstiftningen kräver

närvaro, vilket tvingar yrkesverksamma att prioritera om andra barn och ungdomar. Den obligatoriska närvaron kan vara ett hinder både när man själv kallar till SIP och när man blir kallad till SIP eftersom det är svårt att frigöra tid till detta (Källmén, Hed & Elgán 2017, s. 124; Nordström et al. 2016, s.49). Enligt lagstiftningen är SIP-mötet klientens möte, men resultaten kan visa att SIP ibland riskerar att bli verksamhetens verktyg för att underlätta sitt arbete (Nordström et al. 2016, s.47). Det framgår av resultaten att det är av vikt att rätt personer kommer till mötet, det vill säga yrkesverksamma som är insatta i ärendet samt som har delegation att fatta beslut eftersom det betraktas som ett oseriöst alternativ att skicka någon annan till mötet (ibid.). Ytterligare en hindrande aspekt som lyfts fram är att deltagare i SIP-mötet kan ha tidigare negativa erfarenheter som medföljer in i nya SIP-möten och som ligger till grund för att deltagare klandrar och ifrågasätter varandra (Nordström et al. 2016, s. 49; Riksdagen 2017, s.27).

En främjande faktor avseende SIP är att SIP-möten kan förebygga att verksamheter motarbetar varandra och kan även fungera som ett verktyg för att det ska bli tydligt för klient och anhöriga hur insatserna är strukturerade runt omkring personen i fråga (Nordström et al. 2016, s.50). Resultaten lyfter fram att SIP-möten är viktiga eftersom det kan vara svårt att förstå varandras organisatoriska struktur, gällande exempelvis möjligheter och begränsningar och samverkansmöten ger ökad förståelse för varandras verksamhetsområden. Resultaten belyser även att verksamheter ibland kallar till vad som benämns som smyg-SIP-ar på grund av att den praktiska tillämpningen av SIP kan vara otydlig (ibid.).

2.3 Förväntningar på den egna professionen respektive andra professioner

Widmark et al. (2016, s. 50) presenterar en studie som undersöker vilka uppfattningar vårdpersonal, socialtjänstpersonal och skolpersonal har om varandra vid samverkansmöten gällande barn med komplex psykosocial problematik. Likt Widmark et al. (2016) intresserar sig vår studie för hur man betraktar motparten i ett samverkansmöte, vilket vidare är det som gör att vi betraktar forskningen som relevant för vår studie.

Syftet med studien är att undersöka hur förståelse av andra professioners sociala representationer kan ge ny kunskap som kan underlätta interprofessionell samverkan och Widmark et al. (2016, s. 51) har en uppfattning om att negativa föreställningar om andra professioner kan påverka hur verksamheterna kommunicerar med varandra i hanteringen av barn med en komplex problematik. I nästa led kan ovan nämnda negativa föreställningar om varandras professioner försvåra arbetet med samverkan och påverka barnet i fråga (ibid.). Den insamlade empirin analyserades med hjälp av teori om social representation.

Resultatet visade sociala representationer angående okunnighet om varandras verksamheter, misstro, otillgänglighet och svårigheter att kommunicera (Widmark et al. 2016, s. 50). Resultatet visade även att makt är ett närvarande inslag i samverkan som ingen vill prata om och att maktrelationen är outtalad påverkar detta samverkans förmåga att utvecklas (ibid.). Författarna kunde även genom sitt resultat belysa att de olika professionerna hade låga förväntningar på varandra och en negativ inställning till den andra professionens sätt att tänka (Widmark et al. 2016, s. 50). Trots detta finns det en gemensam förståelse för hög arbetsbelastning och ett begränsat handlingsutrymme (ibid.). Studien kunde slutligen argumentera för att det bör skapas möjligheter för yrkesverksamma att arbeta bort de negativa tankarna som man har om varandra, annars är försök till samverkan meningslöst (ibid.).

Dunér och Wolmesjö (2015) har skrivit en artikel om interprofessionell samverkan mellan biståndshandläggare inom äldreomsorgen och hälso- och sjukvården. Artikeln är intressant utifrån vår studie eftersom den berör olika roller som socialarbetare intar i förhållande till hälso- och sjukvården. Intervjupersonerna kunde identifiera flertalet motstridiga roller i interprofessionell samverkan, vilka kunde vara exempelvis samordnare, rådgivare och behovsbedömare (Dunér & Wolmesjö 2015, s. 18). Biståndshandläggare menar att de förväntas ta tag i situationen och vara samordnaren i möten samt att de ibland pressas till att ta rollen som en byråkratisk och kall myndighetsperson (Dunér & Wolmesjö 2015, s. 19). Sjuksköterskor och läkare befinner sig högre upp i sin yrkesstatus än vad biståndshandläggare gör och det kan uppstå problem när andra yrkesverksamma utan formell rätt till den typen av beslut, lovar klienten insatser som biståndshandläggare har delegation att bevilja (Dunér & Wolmesjö 2015, s. 22).

3. Teoretiskt ramverk

För att analysera vår insamlade empiri har vi valt att använda oss av nyinstitutionell teori och Erving Goffmans dramaturgiska perspektiv. Inom ramen för nyinstitutionell teori har vi valt ut begrepp som vi anser är relevanta utifrån vårt syfte och våra frågeställningar. Med hjälp av ett organisationsteoretiskt angreppssätt kan vi analysera den interorganisatoriska samverkan mellan verksamheterna. Vidare kan nyinstitutionell teori bidra till en djupare förståelse för varför det föreligger hinder i samverkan mellan organisationer med olika legitimitetsanspråk. Begreppen som valts är organisatoriska fält, översättning, institutionella logiker och verksamhetsdomäner. Inom ramen för Erving Goffmans dramaturgiska perspektiv har vi valt att använda oss av begreppen framträdande, roller samt främre och bakre region. Det dramaturgiska perspektivet är ett komplement till nyinstitutionell teori vilket möjliggör en analys av interaktionen i SIP-mötet. Valda begrepp bidrar med en eventuell förklaring till varför konflikter mellan olika perspektiv upprätthålls inom ramen för SIP-mötet.

3.1 Nyinstitutionell teori

Nyinstitutionell teori är en organisationsteori som täcker många olika begrepp och processer. Nyinstitutionalismen introducerades under 1970-tal och förändrade synen på organisationer i förhållande till sin omgivning (Johansson 2006, s.17). Tidigare betraktades organisationer som slutna system som agerade rationellt och målinriktat gentemot sin omgivning och nyinstitutionalismen uppstod som en kritisk reaktion mot detta synsätt (ibid.). I samband med nyinstitutionalismen började organisationer istället betraktas som beroende av sin omgivning och sitt sammanhang (ibid., s. 18). DiMaggio och Powell (1983, s.147) menar att orsaken till strukturförändringar i organisationer är till följd av att man vill göra organisationer mer homogena och således lika varandra. Denna process kallas för isomorfism och upprätthåller organisationens legitimitet (ibid.).

Organisatoriska fält definieras som ett kollektiv av organisationer som ägnar sig åt liknande verksamhet och det finns alltid en avgränsning mellan olika institutionella logiker som styr hur organisering samt handlingar ska gå tillväga. Institutionella logiker är benämningen för organiserade principer och anger en standard för vad en viss

organisation bör göra samt innehålla i egenskap av att man är denna organisation såsom att en skola behöver ha lärare för att kunna upprätthålla sin legitimitet (Linde 2013, s.112). Trots att man har för avsikt att likna andra organisationer i samma organisatoriska fält, avviker man till viss del ändå, vilket beror på att organisationer inte kopierar varandras idéer utan snarare översätter idéerna till de lokala förutsättningar som råder genom att exempelvis precisera vaga formuleringar (Grape 2006, s. 29). Denna förändringsprocess benämns som översättning och är beroende av att de som mottar idéerna är aktiva eftersom mottagaren besitter handlingsutrymme att genomföra idéspridningen (Grape 2006, s. 30). Över tid genomgår organisationer och organisatoriska fält förändringar, vilket gör att idéer institutionaliseras (Grape 2006, s. 153).

Eftersom en organisation inte är ensam i sitt ställe utan omges av flera andra institutioner kan organisationen inspireras av andra institutionella logiker och flera logiker kan vara möjliga att tillämpa i en viss organisation (Grape 2006, s.30). Linde (2013, s. 113) förklarar att myndigheter har olika institutionella logiker som kan krocka när de ska samarbeta med varandra. Institutionella logiker är beroende av sitt sammanhang eftersom regler som gäller inom ett organisatoriskt fält inte nödvändigtvis behöver vara giltiga inom ett annat organisatoriskt fält (Grape 2006, s. 51). Organisationer kan ingå i samma organisatoriska fält och utgå från skilda logiker (ibid.). När institutionella logiker skiljer sig åt mellan olika organisationer kan det uppstå svårigheter i samarbete eftersom samarbete sker utifrån olika målsättningar, förväntningar och regler (Grape 2006, s. 53).

Verksamhetsdomän är ett nyinstitutionellt begrepp som benämner arbetsområdet inom vilket organisationer som drivs av skilda institutionella logiker har för avsikt att samarbeta. Grape (2006, s. 55) ger ett exempel inom det organisatoriska fältet "arbetsrehabilitering" och menar att det är olika institutionella logiker (exempelvis arbetsgivare, socialtjänst, hälso- och sjukvård etcetera) som ska samarbeta kring "bedömning av arbetsförmåga" vilket är den verksamhetsdomän som beskrivs. Aktörer har utifrån sina skilda institutionella logiker skilda domänanspråk, vilket innebär att man som aktör vill vara legitim företrädare för ett visst område, exempelvis bedömer Försäkringskassan arbetsförmågan utifrån socialförsäkringsbalken och hälso- och sjukvården utgår från den medicinska logiken (ibid.). Det blir inget problem om

verksamhetsdomänen endast ska hanteras av en organisation, men om fler organisationer ska samverka och domänanspråken överlappar varandra kan problem uppstå. Om aktörerna som har för avsikt att samarbeta inte kommer överens om vem som ska göra vad skapas domänkonflikter och om aktörerna däremot är överens om vem som ska göra vad skapas domänkonsensus (ibid., s.56). Vid domänkonflikter finns det risk för en splittrad samverkan där olika aktörer försöker bekämpa varandras synsätt och vid domänkonsensus finns det en ömsesidig respekt för begränsningar inom olika verksamhetsområden (ibid.). För att samverkan ska fungera är det väsentligt att utarbeta tydliga gränser mellan de olika verksamheternas domänanspråk (Grape 2006, s.60).

3.2 Det dramaturgiska perspektivet

Erving Goffman (2014, s.9) redogör för sin samhällssyn i det dramaturgiska perspektivet, där det sociala samspelet i vardagslivet studeras utifrån ett socialpsykologiskt perspektiv. Individens interaktion med varandra, det vill säga deras inflytande på varandra och deras sätt att agera på när de befinner sig i varandras närvaro, beskrivs som olika delar av en teater som utspelar sig på en scen där personen i fråga spelar mot andra skådespelare och har en publik att förhålla sig till (ibid.). Framträdande är ett centralt begrepp inom det dramaturgiska perspektivet, vilket Goffman (ibid., s. 23) menar är en handling hos en individ som syftar till att påverka andra deltagare och individen kan ha många anledningar till att vilja kontrollera vilket intryck denna inger publiken. Roller är förutbestämda handlingsmönster som förekommer vid ett framträdande (ibid., s. 25). Mening skapas genom att man definierar situationer i interaktion med varandra (ibid., s.21).

Under framträdandet då individen spelar en roll förutsätter publiken att det intryck som individen ger är överensstämmande med de egenskaper som personen i fråga i själva verket besitter (Goffman 2014, s. 25). Goffman (ibid.) talar om äktheten i individens beteende, både hur det betraktas av personen i fråga samt av omgivningen. Äkthet kan betraktas i enlighet med följande två sätt; om personen i fråga anser sitt beteende vara äkta oberoende om utomstående är av samma uppfattning eller ej, eller personen i fråga själv är medveten om att man spelar en roll som inte är äkta (ibid.). Man observerar hur individen betraktar sitt beteende och antingen kan individen vara uppriktig och anse att beteendet är äkta vilket stämmer överens med det förstnämnda sättet att betrakta äkthet

på (ibid.). Individerna kan även vara cyniska och förstå när beteendet är äkta respektive oäkta och använder det oäkta beteendet för att exempelvis uppnå egen vinning eller som ett resultat av brist på andra alternativ till följd av den omgivning man befinner sig i (ibid.).

När två grupper möter varandra upprätthåller gruppmedlemmarna sina roller och gör anspråk på att fortsätta vara sin egen roll (Goffman 2014, s. 149). Varje deltagare strävar efter att lära sig sin roll och vidare hålla sig till denna (ibid.). I interaktion med varandra dämpar båda grupperna sin uppfattning om sig själv och motparten i syfte att skapa en uppfattning om sig själva som är acceptabel för motparten (ibid.). För att säkerställa att mötet mellan de två grupperna håller sig inom ramen för gränserna är båda grupperna beredda att hjälpa varandra att upprätthålla det intryck man försöker intala sig själv och motparten att man avger (ibid.). Gruppmedlemmarna strävar efter att uppnå konsensus i mötet och försöker aktivt att undvika konflikter genom att exempelvis inte yttra åsikter som kan bidra till konflikt (ibid., s.18).

Goffman (2014, s. 97) beskriver att framträdandet genomförs i den främre regionen där vissa normer upprätthålls. Inom den främre regionen kan man styra publikens intryck och välja vad man vill framhålla respektive dölja (ibid., s. 103). Det finns två kategorier inom vilka normer delas upp, hövlighetsnormer och anständighetsnormer (ibid., s. 98). Hövlighetsnormer handlar om hur den agerande behandlar sin publik och talar till dem. Anständighetsnormer berör hur den agerande uppför sig inom publikens synhåll, fast utan att direkt samtala med dem. Man samtalar med varandra och beter sig respektfullt inom ramen för den främre regionen (ibid.). Andra beteenden som kan skada det intryck man har för avsikt att inge, undantrycks i den främre regionen, men synliggörs i den bakre regionen (ibid., s. 101). I den bakre regionen, det vill säga där andra inte kan se en, hålls scenutrustning och rekvisita gömt för att undvika att publiken ska kunna jämföra den behandling de får med den behandling de kunde ha fått (ibid., s. 102). Man kan i den bakre regionen kliva ur sin rollgestalt, koppla bort sin fasad och vila (ibid.). Bakre region är endast tillåten för medlemmarna i gruppen och inte för publiken, med anledning av att den agerande går ut ur sin roll när hen befinner sig i bakre region (ibid.). I bakre region talar man ofta om negativt om den andra gruppen på ett sätt som inte är enhetligt med hur man bemöter dem i mötet med varandra (ibid., s. 151).

4. Metod

I detta kapitel redogör vi för studiens metod och genomförande. Inledningsvis presenteras vår förförståelse av forskningsämnet samt de metodologiska överväganden och val som studien grundar sig på. Därefter beskrivs urvalsprocessen och insamlingen av materialet. Vidare redovisas bearbetningen och analysen. Slutligen förs det en diskussion om studiens tillförlitlighet samt forskningsetiska överväganden.

4.1 Förförståelse

Vår förförståelse grundar sig i våra erfarenheter från vår verksamhetsförlagda praktik, där en av oss har praktiserat på socialtjänsten och den andra på vårdcentralen. Under praktikperioden fick vi erfara SIP-möten med respektive verksamhet, där vår helhetsuppfattning av SIP inte helt och hållet varit positiv. Vi har upplevt SIP-möten med oklara syften, maktobalans samt en passiv inställning till att utföra dem. Detta har i sin tur påverkat vårt val av forskningsproblemet och gjort att vi har en förförståelse för ämnet. Utöver detta utbildar vi oss till socionomer och därför finns det en risk för att socionomens perspektiv ges större utrymme i analysen. Under studiens gång har vi haft en medvetenhet om vår förförståelse i syfte att uppnå objektivitet.

4.2 Metodologiska överväganden

Vår studie intresserar sig för hur yrkesverksamma inom socialtjänst och primärvård upplever att samverka med varandra i form av samordnad individuell plan (SIP) och mot bakgrund av detta har vi valt att genomföra vår studie med en kvalitativ forskningsansats. Kvalitativ metod är en forskningsstrategi som lägger vikt vid ord och betonar hur intervjupersonen upplever samt tolkar den verklighet som man lever i (Bryman 2018, s. 67). Kvalitativ metod skiljer sig från kvantitativ metod eftersom kvantitativ metod syftar till att kvantifiera och generalisera den insamlade empirin (ibid., s. 61). Ahrne och Svensson (2015, s. 10) menar att kvalitativa data inte mäts utan det är tillräckligt att vi kan konstatera deras existens, funktion och vilka situationer de är bundna till. Eftersom vår studie undersöker upplevelser och inte har som målsättning att generera kvantifierbara resultat anser vi att kvalitativ metod lämpar sig bäst. Intervjuer, observationer och textanalyser är exempel på tillvägagångssätt som kan vara

användbara för att inhämta empiri (Ahrne & Svensson 2015, s. 9) och i vår studie har vi valt att använda oss av intervjuer.

Intervjuer är en vanligt förekommande metod inom kvalitativ samhällsvetenskaplig forskning och definieras som ett samtal med ett särskilt syfte (Lind 2014, s. 127). Semistrukturerade intervjuer kännetecknas av att intervjupersonen har möjlighet att fritt utforma sina svar och det finns en förutbestämd intervjuguide (se bilaga 4) med frågor som intervjun ska beröra (Bryman 2018, s. 563). Semistrukturerade intervjuer kräver att intervjuaren är flexibel, lyhörd samt är uppmärksam på motsägelser och efterfrågar förtydligande vid behov (ibid., s. 581). Semistrukturerade intervjuer lämpade sig särskilt bra i vår studie då vi i rollen som intervjuare gavs möjlighet att ställa följdfrågor beroende på vilka reflektioner som framkom. Vi kunde inte på förhand veta vilka upplevelser intervjupersonerna skulle redogöra för och därför lämpade det sig bra att ha en intervjuguide att utgå från men samtidigt kunna anpassa frågorna beroende på vad intervjupersonen valde att lyfta i intervjun. En felmarginal som vi vill belysa är vår bristande erfarenhet av att genomföra intervjuer. Detta gjorde att det under de första intervjuerna fanns en viss osäkerhet och vi märkte under transkriberingen att vi vid flera tillfällen kunde ställt mer utförliga frågor och bett intervjupersonen utveckla sina svar ytterligare. Däremot anser vi att detta förbättrades under de resterande intervjuerna eftersom de resulterade i mer utförliga svar.

4.3 Urval

I vår studie har vi valt att använda oss av ett målstyrt urval. Det innebär att urvalet har formats utifrån studiens syfte och ett antal kriterier har valts för att göra det möjligt att besvara frågeställningarna (Bryman 2018, s.498). Urvalet är även baserat på ett teoretiskt antagande utifrån nyinstitutionell teori om att det mellan socialtjänst och primärvård finns konkurrerande logiker vilka skapar konflikter mellan de olika verksamheterna gällande hur klientens problem ska hanteras och lösas. Det första kriteriet var att intervjupersonerna skulle vara yrkesverksamma inom socialtjänsten och primärvården, däremot ställdes inga krav på antal års yrkeserfarenhet. Andra kriteriet var att de behövde ha erfarenheter av samordnad individuell plan (SIP) med respektive verksamhet. Socialsekreterare söktes från socialtjänsten och medicinskt inriktad

vårdpersonal¹ från primärvården. Studien har inte för avsikt att undersöka specifika verksamhetsområden och därför ställdes inga krav på att intervjupersonen skulle arbeta mot en specifik målgrupp inom socialtjänsten eller primärvården. Vi ställde heller inga krav på antal utförda SIP-möten eftersom vi varken visste i vilken mån de utförs samt ansåg att det varierar från individ till individ gällande vad som anses vara tillräckligt med erfarenheter för att kunna delta i intervjun. En konsekvens av detta var att en av våra intervjupersoner inom primärvården endast deltagit i fåtal SIP-möten, vilket försvårade möjligheten att få djupgående svar på intervjufrågorna.

Vår urvalsprocess inleddes med att skicka mail till vårdcentraler och socialtjänster för att rekrytera intervjupersoner. I början valde vi att avgränsa oss till verksamheter inom södra Skåne eftersom det ansågs vara ett rimligt avstånd om intervjuerna behövde genomföras på plats. I kontakten med socialtjänsten skickade vi ett mail där studien presenterades med hjälp av ett rekryteringsbrev (se bilaga 1) och ett informationsbrev bifogades med mer information kring intervjutillfället (se bilaga 2). Vår tanke var att mailet därefter skulle vidarebefordras till anställda inom verksamheten. Liknande mail skickades till vårdcentralerna med undantag att rekryteringsbrevet var anpassat för verksamheten (se bilaga 2). Med brist på tillgängliga e-postadresser skedde den första kontakten via telefonsamtal med vårdcentralens reception, där vi kortfattat presenterade studien och därefter frågade om kontaktuppgifter till verksamhetschefen. I de flesta fallen fick vi lämna våra uppgifter för att sedan vänta på att bli uppringda. Kontakten med vårdcentraler och socialtjänster resulterade i att vi fick sammanlagt fyra intervjupersoner, tre från socialtjänsten och en från vårdcentralen.

Under sökandet av intervjupersoner fick vi respons från verksamhetscheferna inom vårdcentralen, där flertalet skrev att de inte kunde avsätta tid för vårdpersonalen att delta i intervjuer. Den främsta förklaringen var att de befann sig under ett högt tryck med hänsyn till Covid-19 och den pågående vaccineringen. Inom en del verksamheter höll kuratorn eller rehabkoordinatören i SIP, vilket föll utanför våra urvalskriterier med anledning av att de yrkeskategorierna bedriver socialt arbete inom vården. Det framkom även att SIP:ar inte genomförs i så stor utsträckning och sällan med socialtjänsten. Liknande respons fick vi från anställda inom socialtjänsten, där en del uttryckte att de inte hade tillräckligt med erfarenheter av SIP med primärvården samt att det i allmänhet

¹ Exempelvis läkare, sjuksköterskor och arbetsterapeuter som är delaktiga i SIP-möten

är svårt att få till samverkan. Vi valde därmed att kontakta fler vårdcentraler inom ett utökat område i Skåne för att öka vår möjlighet att få tag på fler intervjupersoner, vilket resulterade i att vi hittade ytterligare två intervjupersoner. Eftersom verksamhetscheferna inom vårdcentralen gav oss kontaktuppgifter till intervjupersoner som ansågs vara relevanta, kan urvalet jämföras med ett snöbollsurval (Bryman 2018, s.504). En potentiell risk vid denna urvalstyp är att intervjupersonerna presenterar verksamheten enligt verksamhetschefens önskemål. Utöver detta frågade vi även vår omgivning samt kollegor om de kände någon som var passande för studien och kunde tänka sig delta. Detta kan ses som ett snöbollsurval, där personer i vår närhet kunde förmedla kontakter till intervjupersoner för studien. Urvalet har även drag av ett bekvämlighetsurval, vilket innebär att urvalet består av personer som finns tillgängliga för forskaren (Bryman 2018, s.243). Snöbollsurvalet resulterade i att vi fick två intervjupersoner, en från socialtjänsten och en från vårdcentralen.

Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2015, s.43) redogör för svårigheterna med att hitta intervjupersoner som kan avsätta tid för att delta i intervjuer. Som ovan nämnt är detta ett hinder vi har stött på under studien. Det har funnits en medvetenhet om riskerna med att kontakta valda verksamheter under omständigheterna avseende Covid-19, specifikt vårdcentraler. Vidare har vi funderat på vilka potentiella konsekvenser vår tidsram har haft på möjligheten att få intervjupersoner (se bilaga 2). Hallin och Hellin (2018, s.37) skriver att det är fördelaktigt att redogöra för intervjuens längd med respekt för intervjuarens tid. Däremot finns risken med bestämd tidslängd att intervjun avslutas även om det finns intressanta synpunkter som forskaren vill fortsätta fördjupa sig i (Eriksson-Zetterquist & Ahrne 2015, s.43). Med utgångspunkt i deras resonemang och en tidigare gjord pilotstudie valde vi att avsätta ca 1 timme för intervjun med anledning att den inte skulle upplevas som stressig samt för att kunna ställa följdfrågor vid intresse. Under studiens gång reflekterade vi över tidslängden och hur den kan påverka potentiella intervjupersoners vilja till att delta i studien. I samband med att vi genomfört fyra intervjuer och fortsatt sökte flera intervjupersoner, valde vi att skriva i rekryterings- och informationsbrevet att intervjun beräknades ta cirka 45 minuter. En annan reflektion vi hade under studien var om socialsekreterare kände en större kollegial tillhörighet till oss som socionomstudenter än vad vårdpersonal gjorde och att det därmed var lättare för socionomer att medverka i studien.

I urvalsprocessen har vi även förhållit oss till att ha ett lämpligt antal intervjupersoner. Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2015, s.42) skriver att 6–8 intervjuer är tillräckligt inom kvalitativ forskning för att öka säkerheten att resultatet inte blir beroende av personliga uppfattningar. Med utgångspunkt i deras resonemang har vi intervjuat 8 personer, 4 från socialtjänsten och 4 från primärvården. Urvalsstorleken har anpassats utifrån studiens omfattning och tidsram.

Samtliga 4 intervjupersoner från socialtjänsten var verksamma inom Skåne. Alla var utbildade socionomer. Intervjupersoner har varit anställda på deras nuvarande arbetsplats mellan 1 och 19 år. Ingen av intervjupersonerna arbetar inom samma verksamhet. Antal års yrkeserfarenhet varierade från 1 till 20 år. I analysen har vi valt att ge intervjupersonerna beteckningen S1-S4.

Samtliga 4 intervjupersoner från primärvården var verksamma vid vårdcentraler inom Skåne. Tre var utbildade distriktssköterskor och en var utbildad arbetsterapeut. Intervjupersonerna har varit anställda på deras nuvarande arbetsplats mellan 3 och 16 år. Ingen av intervjupersonerna arbetar inom samma verksamhet. Antal års yrkeserfarenhet varierade från 9 till 22 år. I analysen har vi valt att ge intervjupersonerna beteckningen P1-P4.

4.4 Genomförande

Intervjuerna har genomförts på olika sätt, genom fysiska träffar, digitala möten och telefonsamtal. De har antingen spelats in på mobiltelefonen eller i zoom-mötet med funktionen “record meeting”, beroende på vart de utförts. Vi har genomfört intervjuer både tillsammans och var för sig. De två första intervjuerna genomförde vi tillsammans för att kunna känna oss bekväma i rollen som intervjuare men också för att kunna ta del av varandras styrkor samt utvärdera vad som kunde göras bättre till nästa intervju. Efter de två första intervjuerna genomförde vi resterande intervjuer var för sig, vilket berodde på att vi ville effektivisera arbetet, medan en av oss genomförde intervjuer kunde den andra ägna sig åt andra delar av studien. Intervjuerna som genomfördes fysiskt och digitalt fungerade bra eftersom man kunde fånga känslan i mötet samt undvek i större utsträckning att avbryta intervjupersonen. Däremot var det svårare under telefonintervjuer. Vi upplevde svårigheter till följd av att man inte kunde se hur

intervjupersonen reagerade på frågorna som ställdes och avsaknaden av minspel samt gester gjorde det svårt att uppfatta om frågorna som ställdes var exempelvis obehagliga eller förvirrande (Bryman 2018, s. 582). Däremot var telefonintervjuer ett bra alternativ till följd av rådande omständigheter avseende covid-19 och som ett sätt att genomföra intervjun trots egentlig tidsbrist hos intervjupersonen i fråga.

Syftet med att upprätta en intervjuguide (se bilaga 4) var att ha en lista på vilka frågor som kunde göra det möjligt att besvara forskningsfrågorna (Bryman 2018, s. 566).

Intervjuguiden användes både som en checklista i intervjuerna för att vi skulle veta vilka frågor vi behövde ställa för att kunna besvara frågeställningarna, men även som ett stöd om vi upplevde osäkerhet under intervjuens gång eller när vi behövde styra tillbaka till studiens ämne. Inledningsvis skapade vi ett tema för bakgrundsfrågor och vidare ett tema för vardera frågeställning, detta för att frågorna skulle följa varandra på ett fördelaktigt sätt och för att det skulle vara en tydlig ordning under intervjuens gång (ibid.). När vi utformat intervjuguiden valde vi att genomföra en pilotintervju med en person som inte deltar i den egentliga studien. Att genomföra en pilotintervju är fördelaktigt samt någonting man enligt Bryman (2018, s. 332) bör göra eftersom man ges möjlighet att åtgärda frågor som kan vara ofullständiga innan man påbörjar de intervjuer som ligger till grund för studien. Under pilotstudien kunde vi konstatera att stora delar av intervjuguiden var välfungerande, men trots detta fanns det förändringar som behövde göras för att förbättra intervjuguiden. Exempelvis ändrade vi frågornas ordningsföljd och tog bort en fråga gällande respondentvalidering. Pilotstudien var värdefull och bidrog till att vår intervjuguide blev bättre.

4.5 Tillförlitlighet

Vi har valt att använda oss av Lincoln och Gubas forskningskriterier för att diskutera studiens tillförlitlighet, vilka redovisas av Bryman (2018, s.467). Forskningskriterierna består av fyra delar; *trovärdighet, överförbarhet, pålitlighet samt möjligheten att styrka och konfirmera* (ibid.).

Bryman (2018, s.467) skriver att en studie kan ses som trovärdig om det redovisade resultatet kan accepteras i läsarens ögon. I studien har vi varit transparenta med vår förförståelse och vad som kan tänkas påverka studien. Vi har förhållit oss till Vetenskapsrådets forskningsetiska principer samt använt oss av metodlitteratur för att

tillförsäkra oss att intervjuerna har genomförts på ett lämpligt sätt. I studien har vi strävat efter att ge utrymme till intervjupersonernas beskrivningar samt analyserat det med hjälp av valda teorier och tidigare forskning på ett sammanhängande sätt, vilket kan jämföras med triangulering, vars syfte är att stärka trovärdigheten (ibid., s.468). Studiens trovärdighet kan dock påverkas av att intervjupersonerna inte getts möjlighet att läsa igenom resultatet och förmedla sina synpunkter, vilket kallas för respondentvalidering (ibid., s.467). Nackdelen med detta är att vi inte kan ändra eventuella missförstånd som kan uppstå eller lägga till relevant information. Respondentvalideringen valdes att ta bort i syfte att inte ytterligare belasta intervjupersonerna med andra arbetsuppgifter än sina ordinarie. Samtliga har däremot godkänt att bli kontaktade vid behov och få studien skickad till sig efter publicering.

Överförbarhet handlar om i vilken utsträckning studiens resultat är giltigt i andra sammanhang än de som har studerats (Bryman 2018, s.468). Eftersom resultatet tenderar att vara kontextbundet kan det vara problematiskt att uppnå överförbarhet. Studiens överförbarhet påverkas av att vi valt att låta intervjupersonerna vara anonyma i så stor utsträckning som möjligt avseende exempelvis kön och arbetsplats. Med våra intervjufrågor har vi strävat efter att ge djupa och nyanserade beskrivningar som kan ge en heltäckande bild av yrkesverksammas upplevelser av samverkan i form av SIP. Genom noggranna beskrivningar av vårt tillvägagångssätt har vi underlättat för andra att bedöma studiens överförbarhet.

För att säkerställa pålitligheten bör alla delar av forskningsprocessen tydligt redovisas (Bryman 2018, s.468). Med utgångspunkt i detta kriterium har vi redogjort för vårt urval, intervjuguide och bearbetningsprocessen. Vi har skapat en tydlighet gällande vårt tillvägagångssätt samt diskuterat för- och nackdelar kring detta, främst när det gäller insamlingen av empirin.

Möjligheten att styrka och konfirmera handlar om att vi har agerat i god tro och inte låtit personliga värderingar eller teoretiska perspektiv påverka studiens resultat (Bryman 2018, s.470). I samhällslig forskning är det inte möjligt att vara fullständigt objektiv eftersom det ofta finns en förförståelse kring forskningsproblemet, vilket kan påverka studiens tillförlitlighet. Vår förförståelse grundar sig i våra erfarenheter av SIP-

möten mellan verksamheterna från praktikperioden. Under studiens gång har vi diskuterat och uppmärksammat varandras förförståelse av ämnet för att inte låta den påverka studiens resultat. Utan denna medvetenhet finns risken att vi enbart söker upplevelser som bekräftar våra erfarenheter och ställer exempelvis ledande intervjufrågor. Utöver detta har vi varit noggranna med att presentera våra resultat väl och koppla det till tidigare forskning.

4.6 Bearbetning och analys

Det första skedet av analysarbetet skedde redan vid intervjuerna. Transkriberingen utfördes direkt eller tätt inpå varje intervjutillfälle för att ge oss möjlighet att utvärdera materialet. Hallin och Hellin (2018, s.72) skriver att detta är en fördel eftersom det ger idéer till kommande intervjuer. Vid varje transkribering diskuterade vi det som ansågs vara intressant samt hur kommande intervju kunde förbättras. När vi transkriberat intervjuerna inleddes bearbetningsprocessen med att kaosproblemet uppstod, vilket innebär problem med omfattande och ostrukturerat material (Rennstam & Wästerfors 2015, s.220). Vi började därför vår analysprocess med att läsa igenom alla intervjuer flera gånger tillsammans. Vid det första tillfället läste vi endast igenom materialet utan att föra anteckningar i syfte att bekanta oss med det. Sedan läste vi igenom materialet och markerade stycken samt begrepp som var relevanta utifrån våra frågeställningar, vilket föll sig naturligt utifrån intervjuguidens teman. Kodningen skedde först spontant och utan fokus på helheten, vilket kan jämföras med öppen kodning (se Rennstam & Wästerfors 2015, s.224). I sorteringen framkom det tidigt gemensamma mönster och variationer i materialet.

Efterhand kom nästa fas i bearbetningen, där materialet skulle ses över mer detaljerat. Den inledande kodningen resulterade till en mer selektiv och fokuserad kodning (Rennstam & Wästerfors 2015, s.224). Koder som hängde samman med varandra och beskrev samma företeelse sammansattes. Vid sorteringen upptäcktes ytterligare mönster samt variationer som var mindre synliga vid första kodningen. Samtidigt gjordes kopplingar utifrån våra teoretiska begrepp och tidigare forskning. Detta resulterade i framväxten av våra teman som presenteras i analysen. Under sorteringens gång fick vi även prioritera bort vissa delar medan andra var mer centrala och fick större utrymme. Reduceringen var nödvändig med anledning av att det inte fanns utrymme att ta med allt

i studien. Däremot har vi haft för avsikt att ge en rättvis bild av materialet och fånga dess helhet (se Rennstam & Wästerfors 2015, s.228).

I denna del av bearbetningsfasen valde vi även ut citat att presentera i analysen. Fördelen med citat är att de stärker studiens trovärdighet (Hallin & Helin 2018, s.80). Vi har använt citat för att förmedla intervjupersonernas unika upplevelser och för att tydliggöra materialet som återges i analysdelen. Vissa citat har dock redigerats för att begripliggöra dess innebörd. Bryman (2018, s.700) menar att detta kan vara nödvändigt vid upprepningar och för att minska risken att uttalandet uppfattas som ointelligent. Vi har tagit bort upprepningar och utfyllnadsord, exempelvis förekomst av "liksom" och "eh", utan att förändra citatets innebörd.

4.7 Etiska överväganden

Forskningsetiska överväganden handlar om att hitta en balans mellan olika legitima intressen, ny kunskap är ett intresse medan den personliga integriteten är ett annat intresse som båda behöver värnas om (Vetenskapsrådet 2017, s. 7). Följande avsnitt kommer redogöra för hur vår studie förhåller sig till de fyra forskningsetiska principerna, informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (ibid., s. 6).

Informationskravet handlar om att intervjupersonen ska informeras om undersökningen, förutsättningarna för dennes deltagande samt att deltagandet är frivillig och kan avbrytas fram tills slutdatumet för uppsatsen (Vetenskapsrådet 2002, s. 7).

Samtyckeskravet ställer krav på att forskare inhämtar samtycke från intervjupersonen till deltagande i studien (ibid., s. 9). Konfidentialitetskravet är nära besläktat med offentlighet och sekretess och handlar om att alla uppgifter, både intervjumaterial och personuppgifter, som inhämtas ska behandlas konfidentiellt för att obehöriga inte ska kunna ta del av dem (ibid., s. 12). Inom ramen för konfidentialitetskravet ska inhämtade uppgifter inte vara möjliga att spåras till intervjupersonen i fråga och därav krävs det att det insamlade materialet avidentifieras (ibid.). Slutligen berör nyttjandekravet att insamlat material inte får användas för andra ändamål än studien (ibid., s. 14).

Av vad som framgår i avsnitt 4.2 gällande urvalet har vi funnit våra intervjupersoner på olika sätt. Två rekryteringsbrev (se bilaga 1), ett informationsbrev (se bilaga 2) och en

Samtyckesblankett (se bilaga 3) har sammanställts. Rekryteringsbrev har skickats till verksamhetschefer på vårdcentraler samt enhetschefer på socialtjänsten med bifogat informationsbrev. Om vi kontaktat intervjupersoner via SMS har innehållet i informationsbrevet förmedlas i kortare drag. På så sätt har informationskravet tagits i beaktande då intervjupersonerna i förväg är informerade om studiens syfte och förutsättningarna för deras deltagande. Vid digitala intervjuer har samtyckesblanketten skickats i chattfunktionen i syfte att intervjupersonen läser igenom denna och lämnar ett muntligt samtycke till sitt deltagande. Vid fysiska intervjuer och telefonintervjuer har intervjupersonen informerats om innehållet i samtyckesblanketten och lämnat ett muntligt samtycke till sitt deltagande och på så sätt uppfylls det forskningsetiska kravet på inhämtande av samtycke.

Intervjuerna har spelats in, vilket intervjupersonen informeras om i samband med intervjubrev, samtyckesblankett och sist informerade vi muntligen om att vi har för avsikt att spela in. Intervjupersonen informerades om när inspelningen startades och avslutades. Inspelat intervjumaterial förvaras fram tills vår studie är färdigställd och godkänd, på ett USB minne som endast vi har tillgång till. Intervjuerna transkriberades samt avidentifierades gällande namn, kön och geografisk plats där man arbetar, för att uppgifterna inte ska kunna spåras till intervjupersonen. Genom detta förhållningssätt täcker vår studie konfidentialitet- och nyttjandekravet.

Sammantaget har vi reflekterat över studien och dess förhållningssätt till forskningsetiska principer och etiska ställningstaganden generellt sett, vilket resulterat i att vi är av uppfattningen att studien förhåller sig till forskningsetiska principer. Samverkan i form av SIP-möten är en av flera arbetsuppgifter man som anställd inom socialtjänsten och primärvården ställs inför och vår studie intresserar sig för SIP ur ett professionsperspektiv. Inom ramen för studien omfattas inte frågor som kan inkräkta på intervjupersonens privatliv och studien syftar inte till att inhämta information om enskilda ärenden som kan väcka obehag hos intervjupersonen.

5. Analys

I detta avsnitt analyseras det insamlade materialet med hjälp av valda teorier och tidigare forskning. Inledningsvis presenteras de positiva aspekterna av att samverka i form av SIP, därefter följer en diskussion kring SIP:ens tvingande funktion. Vidare redogörs det för hindrande faktorer avseende SIP och slutligen analyseras förväntningar på den egna och varandras roll. Bearbetningsprocessen har resulterat i ett antal teman, vilka vi har valt att använda som rubriker i analysen.

5.1 SIP som verktyg för främjande samverkan

Majoriteten av våra intervjupersoner är positivt inställda till att samverka i form av SIP och kunde identifiera positiva aspekter av denna samverkansform. Intervjupersonerna upplever att helhetssyn och tydlighet är främjande faktorer för fungerande samverkan mellan verksamheterna, vilket även tidigare forskning bekräftar (Hubbard & Themsel-Huber 2005, s.382; Miller & Ahmad 2000). Kommande citat speglar vikten av att alla inblandade i en individs ärende har fått ta del av samma information.

När man sitter alla tillsammans och de får hela bilden, då kan vi hjälpas åt; Vad gör ni och vad gör vi? Vad känner du själv att du vill ha hjälp med? Att alla hör samma sak [...] Att man lägger alla korten på bordet så att alla ser helheten. [S2]

Intervjuperson S2 beskriver i föregående citat att en helhetssyn samt tydlighet är förutsättningar för att samverkan ska kunna fungera. Detta då alla mötesdeltagare får höra samma sak och på så vis skapa en gemensam definition av situationen. Liknande upplevelser lyfts fram av vårdpersonal i nästkommande citat.

SIP:en tycker jag blir en brygga och en trygghet för patienten. För patienten vet nu är här två stycken parter från två olika områden, de pratar med varandra och vi vet att nu hör alla samma sak. Vi minskar risken för missförstånd och får en bättre förståelse för varandras arbete. [P4]

Intervjuperson P4 beskriver att SIP fyller en tydliggörande funktion, både för patienten och för de professionella, samt att alla har hört samma sak vid samma tillfälle. Enligt

tidigare forskning gällande hur motsvarande SIP organiseras i Norge, menar Vold Hansen (2007, s.185) att ett hinder i samverkan är att alla mötesdeltagare inte har tillräcklig kunskap om klienten och detta kan hindras i ett tidigare skede genom att man kartlägger individen tillsammans för att säkerställa att alla har samma kunskap och uppfattning kring klienten. För att applicera detta på de svenska förhållanden som råder verkar det snarare som att SIP-mötet skapar lösningar på det som Vold Hansen benämner som hinder. Enligt intervjupersonernas utsagor bidrar SIP-mötet till att alla mötesdeltagare får höra samma sak och tillsammans skapar en gemensam definition av situationen.

Flertalet intervjupersoner redogör för att SIP främjar fortsatt samverkan, eftersom man får ett ansikte på varandra och tröskeln för fortsatt samverkan minskar. Intervjuperson P2 beskriver att man får ett ansikte på varandra vilket gör det lättare att ringa till varandra vid behov. Intervjuperson S4 delar uppfattningen och tillägger att det öppnar möjligheter för en större samverkanspotential i längden. Tidigare forskning visar att det är av vikt att olika professioner möts ofta, lär känna varandra och bygger relationer för att underlätta samverkan med varandra (Willumsen & Hallberg 2003, s.396f). Intervjupersonerna bekräftar vad tidigare forskning vidhåller och menar att SIP fyller en samverkansfrämjande funktion.

Av intervjuerna med vårdpersonal framgår att SIP fyller en förebyggande funktion på så sätt att man kan spara tid i det långa loppet. Intervjuperson P3 berättar att man genom SIP kan minska återinläggningar, undvika dubbelarbete och förebygga ohälsa, vilket också blir tidssparande för vården. Flertalet socialarbetare lyfter också fram SIP som en förebyggande arbetsmetod, men av andra skäl. Intervjuperson S3 beskriver hur SIP förebygger att man motarbetar varandra enligt följande:

Allt från att förebygga sjukskrivningar till att förkorta sjukskrivningar. Jag har varit med om att vårdcentraler skriver ut bensodiazepiner till personer med missbruk och läkarna vet inte om att personen har ett tablettmissbruk. [S3]

Intervjuperson S3 förklarar hur SIP kan fungera förebyggande, precis som vårdpersonal beskriver anser intervjuperson S3 också att SIP kan vara behjälplig i att förebygga och

förkorta sjukskrivningar. Däremot beskriver intervjuperson S3 att det finns en risk att man motarbetar varandra om man inte samverkar, och exemplifierar detta med att läkare ordinerat patienter ett preparat som de är beroende av där patienten går till socialtjänsten i syfte att bli av med sitt missbruk. Det blir av exemplet tydligt att SIP kan förebygga att verksamheterna motarbetar varandra.

Inom nyinstitutionell teori talar man om institutionella logiker som anger en standard för vad en viss organisation bör göra och innehålla för att upprätthålla legitimitet (Linde 2013, s.112). I SIP-mötet har de institutionella logikerna för avsikt att samarbeta med varandra utifrån deras styrande principer. Verksamhetsdomän benämner arbetsområdet inom vilket organisationer som drivs av skilda institutionella logiker har för avsikt att samarbeta. Olika institutionella logiker kan krocka med varandra när man intar olika perspektiv, men när det finns en ömsesidig respekt för olika verksamhetsområden kan man skapa domänkonsensus (ibid.). Ovan har vi lyft aspekter av SIP som intervjupersonerna upplever som positiva och det framgår att när flera olika organisationer ska hantera en verksamhetsdomän blir de positiva aspekterna viktiga för att man ska kunna komma överens och skapa en domänkonsensus.

5.2 Lagstadgad prioritering - tvingande eller frigörande?

Enligt lagstiftningen är man som socialarbetare och vårdpersonal skyldig att närvara på ett SIP-möte om man är kallad till det. Att man har en lagstadgad skyldighet att delta i mötet fyller enligt våra intervjupersoner funktionen som både tvingande och frigörande. Många av intervjupersonerna uttrycker att den tvingande funktionen är positiv eftersom lagen är tydlig med att man ska prioritera SIP:ar. Följande citat speglar både de positiva och negativa aspekterna av SIP som tvingande funktion:

Men det är just det att man måste ju komma, man måste prioritera dessa möten så det är klart att ibland kan det bli lite stress när man kallar då och så folk har jättemycket att göra och så ska de klämma in det. [...] Det är jätteviktigt. Jag tycker det är jättebra att det finns en SIP faktiskt, för tidigare så kunde det vara helt hopplöst att samla alla. Nu är det ändå, nu ska man prioritera detta och det finns en tydlighet. [S2]

Intervjuperson S2 uttrycker en förståelse för att andra verksamheter kan ha en hög arbetsbelastning och då blir den tvingande funktionen snarare en stressfaktor. Trots detta uttrycker S2 att det är bra att det finns en tydlig prioritering. Tidigare forskning visar att det är positivt att den kallade parten är tvungen att delta (Nordström et al. 2016, s.48) vilket flertalet av våra intervjupersoner bekräftar. Däremot redogör intervjuperson S4 för erfarenheter som avviker från resterande intervjupersoner. S4 beskriver problematiken med SIP som tvingande funktion eftersom man måste prioritera bland sina klienter, vilket leder till att andra klienter med brådskande behov får avvakta. Prioriteringen gör att intervjuperson S4 avvaktar med att kalla till en SIP. Detta går i linje med forskning som visar att SIP-lagstiftningen kan ses som ett hinder eftersom man tvingas prioritera andra klienter och arbetsuppgifter till följd av tidsbrist (Källmén, Hed & Elgán 2017, s. 124; Nordström et al. 2016, s.49).

Ytterligare ett sätt att se på SIP och dess tvingande funktion beskrivs av en av våra intervjupersoner på följande sätt:

Jag använder ju SIP för att mer tvinga vården att agera. När det, man märker att det här funkar inte och det här leder ingen vart [...] [S2]

Intervjuperson S2 berättar enligt ovanstående citat att SIP kan användas som ett sätt tvinga andra aktörer till att samverka. Intervjuperson S4 använder vid tillfällen SIP på liknande sätt och förklarar att SIP är ett verktyg för att komma vidare i arbetet när man själv inte har mandat att komma längre. Tidigare forskning visar att SIP vid vissa tillfällen initieras för att underlätta verksamhetens arbete istället för att, enligt rådande lagstiftning, utgå från klientens behov (Nordström et al. 2016 s.47). Att använda SIP för att få vården att agera eller komma längre i sitt arbete saknar förankring i lagstiftningen. Detta eftersom lagstiftningen har för avsikt att främst hjälpa individen och inte de yrkesverksamma (ibid.).

Av vad som framgår i våra intervjuer upplever socialarbetare att man behöver använda SIP på andra sätt än vad som anges i lagstiftningen. Nyinstitutionell teori beskriver översättning som ett sätt för idéer att anpassas till rådande lokala förutsättningar och ett exempel på hur detta kan göras är att man preciserar vaga formuleringar (Grape 2006,

s.29). Utifrån vår tolkning är SIP en idé som översätts och anpassas till verksamheternas förutsättningar och ett exempel på hur man anpassar SIP till de lokala förhållandena är att man preciserar vaga formuleringar. Lagstiftningen skulle kunna betraktas som en vag formulering eftersom intervjupersonerna skapar en egen tolkning av lagstiftningen beroende på vilken verksamhet de tillhör.

Att lagstiftningen kräver närvaro på SIP-möten kan bidra till att rätt personer inte har möjlighet att delta i mötet. Flera socialarbetare upplever att vården ibland skickar fel personer till mötet som inte är insatta i ärendet medan man själv aldrig skulle skicka en kollega som inte är ansvarig. Intervjuperson S3 beskriver det enligt följande:

[...] det skulle aldrig vara aktuellt att någon annan än klientens socialsekreterare går på en SIP. Jag skulle aldrig skicka en kollega, men inom vården gör man tyvärr så eller skickar kuratorn eller någon annan som aldrig har träffat klienten utan har läst lite i journaler [...] [S3]

Intervjuperson S3 förklarar att man aldrig skulle skicka någon kollega på ett SIP-möte som inte är insatt i ärendet men att det är förekommande inom vården. I tidigare forskning framgår att det betraktas som oseriöst att skicka någon som inte är insatt i ärendet och inte har delegation att fatta beslut (Nordström et al. 2016, s.47).

Vårdpersonalen har en annan syn på detta, vilken intervjuperson P4 speglar i följande citat:

Många gånger tänker jag också att en SIP inte behöver innebära att vi ska ha en läkare på plats. För de flesta ärenden som jag har haft SIP där jag är arbetsterapeut har jag varit den som har representerat primärvården och de medicinska frågorna, de kan jag ta reda utan att läkaren behöver vara med och då kan jag svara på många av dem frågorna som behövs. Har vi behövt fler svar har jag kunnat fråga en läkare och kunnat återkoppla. [P4]

I ovanstående citat beskriver intervjuperson P4 att det inte alltid finns ett behov av att en läkare deltar på en SIP. P4 menar att man som arbetsterapeut själv kan besvara de medicinska frågorna i mötet. Utifrån nyinstitutionell teori kan detta betraktas som ett

sätt att översätta idéer och anpassa dem utifrån lokala förutsättningar (se Grape 2006, s.29). SIP-lagstiftningen är tolkningsbar och det finns inga krav på vem som bör delta från verksamheten utan endast att någon ska delta från verksamheten. Att arbetsterapeuten deltar i SIP-möten istället för läkaren, blir ett sätt för vården att precisera vaga formuleringar samt anpassa dem utifrån deras rådande förutsättningar.

5.3 Hinder i SIP

5.3.1 Tidskrävande process

Flera av intervjupersonerna upplever de digitala kommunikationsmedlen som ett hinder för en fungerande SIP. Det är i programvaran "Mina planer" som socialtjänsten och hälso- och sjukvården kallar till SIP:en och flera av våra intervjupersoner beskriver svårigheter kopplat till "Mina planer" och en tidskrävande process i det initiala skedet av SIP:en.

Det är inte så smidigt att ha kontakt med varandra i mina planer om man inte är inne där varje dag. Det resulterar i att man hittar andra sätt att kommunicera på, exempelvis över mail. Mina planer är inget naturligt verktyg att använda i kommunikationen utan det är lättare i outlook där det även är lättare att få kontakt. Man får inte anvisningar på mina planer utan man måste öppna systemet och om man inte är inne på en stund så stängs systemet ned och blir därför för bökigt att bevaka det hela tiden. [P4]

Intervjuperson P4 redogör för bristerna i "Mina planer" och beskriver att man hittar alternativa kontaktvägar för att "Mina planer" är ett komplicerat och onaturligt verktyg i arbetet. I följande citat beskriver intervjuperson P1 att "Mina planer" kan vara en riskabel funktion eftersom man av misstag kan schemalägga fel tid och datum i sin kalender.

[...] att det är lite riskabelt, att det blir fel tid och fel datum, folk skriver in fel. Vi har ju inte liksom någon koll på varandras kalendrar såklart [...] Så bara för att den finns i mina planer så hoppar den ju inte in på vederbörande, i dennes kalender. [P1]

Tidigare forskning lyfter fram att bristen på tillgänglig teknik mellan hälso- och sjukvården samt socialtjänsten kan vara ett hinder i utvecklingen av samverkan genom att man använder sig av olika system och har svårt att dela information med varandra (Hubbard & Themsel-Huber 200, s.381; Cameron et al. 2014, s.229f). Bristande tekniska möjligheter visar sig även vara ett bekymmer när det gäller SIP och enligt våra intervjupersoner finns det förbättringspotential vad gäller "Mina planer". Vår tolkning av intervjupersonernas utsagor och tidigare forskning är att det finns svårigheter i att arbeta i ett system vars syfte är att integrera verksamheternas arbete. När systemet inte fungerar blir det tidskrävande eftersom man behöver hitta alternativa kommunikationsvägar som resulterar i extra arbete.

Ett förekommande mönster är att det före och efter själva SIP-mötet blir mycket arbete. Innan SIP-mötet behöver man ta kontakt med andra mötesdeltagare och kalla till mötet i "Mina planer" och efter SIP-mötet ska man dokumentera, inhämta andras dokumentationer om de inte har tillgång till mina planer samt planera in en uppföljning, vilket är tänkt att ske inom en viss begränsad tidsram. Ett exempel på hur SIP upplevs som tidskrävande ges i följande citat:

Ibland samverkar vi med vården utan att vi kallar det SIP, utan bara har andra möten. Då blir det inte alls så formellt heller. För att annars, har man en SIP, då har man en blankett som man ska fylla i och sen så har man uppföljning efter en viss tid och sen man ska kalla inom, jag tror det är inom två veckor innan mötet ska genomföras, då skickar man en kallelse. Det är väl lite såna saker som är annorlunda då. [S2]

Citatet ger ett exempel på en förklaring till varför man väljer att samverka utan att benämna det som SIP. Detta kan kopplas till det som Nordström et al. (2016, s.50) beskriver som "smyg-SIP-ar". Utifrån ovanstående analys tolkar vi det som att "smyg-SIP-ar" är ett alternativ när samtliga deltagare bokar en gemensam tid och vid tillfällen då det är problemfritt att få med alla tilltänkta parter i SIP-mötet. Den formella SIP:en kan istället användas när man har problem att få med alla parter och vid sådana tillfällen fungerar SIP:en som tvingande. Vår tolkning är att yrkesverksamma genom "smyg-SIP-

ar” får mindre administrativt arbete och att dem samverkar snabbare än vad som är möjligt i den formella SIP:en. Ytterligare en alternativ tolkning till varför man “smyg-SIP-ar” kan bero på rutinerade arbetssätt är tidskrävande att förändra och om man har en tidigare vana som innefattar mindre en arbetskrävande samverkansform använder man sig av den istället (se Hubbard & Themsel-Huber 2005, s.376f).

5.3.2 Ansvarsförskjutning mellan professionerna

Ett återkommande tema i många av intervjuerna handlar om ansvar i SIP. Flera intervjupersoner förklarar att SIP-mötet handlar om att komma överens om vem som ska göra vad och vem som ansvarar för vilka insatser. Socialarbetare och vårdpersonal har olika uppfattning om hur ansvaret ska fördelas och i följande citat beskriver intervjuperson S3 en situation där sjukvården skjuter över ansvaret på socialtjänsten.

[...] så fort läkaren hörde att hon hade tagit kontakt med socialtjänsten slutade de skriva ut till henne då de tänkte att vi tog över. Det är farligt när det blir så. Och vi hade SIP, men när läkaren inte riktigt ser syftet med att samverka utan mer ‘åh vad skönt, nu har socialtjänsten koll på henne så det är lugnt’ så det är det farliga med SIP, att vi tar över ansvaret från sjukvården och det är inte meningen. [S3]

Intervjuperson S3 berättar om ett ärende där vårdcentralen lagt över ansvaret på socialtjänsten och S3 upplever att det är farligt när socialtjänsten tar sjukvårdens ansvar. Intervjuperson P2 har en annan uppfattning om sitt eget ansvar i relation till socialtjänstens ansvar vilket framgår av följande citat:

Jag upplever det som att om det inte handlar om att det är någon människa som behöver mycket annan vård, så tycker de snarare det är skönt att vårdcentralen inte är så involverad. De vet att är det något medicinskt så kan de höra av sig. Annars lägger vi inte oss i så mycket, för oftast så känner dem ju de här personerna mycket bättre än vad vi gör. [P2]

Av citatet framgår att P2 uppfattar att socialtjänsten inte nödvändigtvis behöver ha med vårdcentralen vid SIP-möten och räknar med att socialtjänsten kontaktar dem vid behov.

Dock uttrycker samtliga socialarbetare, S1-S4, det motsatta. Socialarbetare menar att vården har en viktig roll i SIP-mötet och socialarbetare önskar ett större engagemang från vårdens sida. I Widmarks (2011, s.4f) studie framkommer det tvetydighet gällande ansvarsfördelning vilket påverkar samverkan negativt. Enligt våra intervjupersoner visar detta sig även vara ett problem i SIP-möten. Den norska motsvarigheten till SIP, individuella planer, har endast en huvudman ansvarig för den upprättade planen (Vold Hansen 2007), vilket skiljer sig från hur SIP är organiserat i Sverige där två huvudmän delar ansvaret. Utifrån nyinstitutionell teori skulle man kunna betrakta SIP som grunden till en domänkonflikt (se Grape, 2006, s.56). Med anledning av att de olika huvudmännens uppdrag skiljer sig från varandra har man olika förutsättningar och anspråk på vad man ska göra. För att samverkan ska fungera är det väsentligt att utarbeta tydliga gränser mellan de olika verksamheternas domänanspråk (ibid., 60). Enligt nyinstitutionell teori är detta en förutsättning för att organisationer med skilda institutionella logiker ska kunna samverka. Utifrån vårt insamlade material framgår att det inte finns tydliga gränser utarbetade och att SIP-lagstiftningen skapar en möjlighet att förskjuta ansvaret till respektive huvudman. Det tolkar vi som en eventuell förklaring till varför ansvarsfördelningen är diffus och ansvarsförskjutning uppstår mellan professionerna i SIP.

5.3.3 Professioner som krockar

Ett återkommande mönster vilket upplevs som ett hinder är socialtjänsten samt primärvårdens skilda synsätt och perspektiv. Samtliga av intervjupersonerna uttrycker att socialtjänstens psykosociala perspektiv och primärvårdens medicinska perspektiv krockar med varandra. De olika perspektiven är förknippade till ens yrkesprofession och därav ser vardera profession olika behov samt olika lösningar på problem. Tidigare forskning redogör för att det föreligger svårigheter att samverka när olika perspektiv samt synsätt ska mötas och förenas (Willumsen & Hallberg 2003, s.394; Cameron et al. 2014 s.230; Dunér & Wolmesjö 2015, s.361; Ashcroft et al. 2018, s.113). I nästkommande citat beskriver intervjuperson S1 detta enligt följande:

[...] alltså dem är ju utbildade för att se det sjuka. De säger själva att vi ska titta på det som är friskt också, men till sist letar de bara efter problem som de kan ge en medicinsk åtgärd på. Så att, ibland upplever jag att det perspektivet tar över.

Jag önskar också att de ser den friska lilla kärnan och försöker jobba tillsammans med oss där också. [S1]

Av citatet framgår det att vårdpersonalens medicinska inriktning ges stort utrymme i SIP-mötet och blir det dominerande perspektivet i mötet mellan olika professioner. Detta bekräftas även av tidigare forskning som lyfter fram att det medicinska perspektivet tenderar att vara ledande medan det sociala perspektivet ges mindre utrymme (Sunesson 1991, s.39f). Intervjuperson S1 uttrycker en önskan om att integrera det medicinska perspektivet med det sociala för att inte glömma bort det friska. Liknande upplevelser redogörs för av intervjuperson P4 som ger exempel på ett SIP-möte tillsammans med socialtjänsten gällande en patient vars arbetsförmåga skulle prövas. P4 var av uppfattning att socialtjänsten skulle komma i gång med insatser omgående medan socialtjänsten ville avvakta. I enlighet med tidigare forskning är detta ytterligare ett exempel på hur det kan vara svårt att förena de olika synsätten (se Willumsen & Hallberg 2003; Cameron et al. 2014; Dunér & Wolmesjö 2015). Även intervjuperson P2 upplever att man har olika syn på saker, exempelvis att socialtjänsten har en förutbestämd uppfattning om att alla individer kan anpassa sig efter dem insatser som erbjuds, vilket framgår av följande citat:

Framförallt att de ska se personen, inte ha en standardmall vilket jag kan uppleva att man ibland har. Att man istället ska göra lite mer flexibla bedömningar utifrån personen, men det är oftast standardmallar. Att man förväntar sig att 'vi erbjuder detta och du ska göra detta'. [P2]

I ovanstående analys framträder det medicinska och sociala perspektivet som två institutionella logiker som verkar inom två skilda organisationer. Olika institutionella logiker kan krocka med varandra när man intar olika perspektiv vilket har synliggjorts genom föregående exempel (Linde 2013, s.113). Institutionella logiker som krockar riskerar att skapa en domänkonflikt (ibid., s.56). I exemplet med intervjuperson P4 där vården ville inleda insatser men socialtjänsten ville avvakta försökte de olika logikerna samverka inom verksamhetsdomänen arbetsförmåga. Det uppstår en domänkonflikt för att socialtjänsten och primärvården inte är överens om hur man ska gå tillväga och det finns risk för att det bidrar till en splittrad samverkan.

5.3.4 Maktrelationer i SIP-mötet

Ett annat mönster som framkommit visar på att läkarna har större maktposition än resterande professioner i SIP-mötet. Intervjuperson S1 beskriver detta som ett hinder som synliggörs genom att läkarna inte tar socialtjänsten på allvar i samband med SIP-möte. Intervjuperson P1 ger ett exempel på ett missförstånd som blev upprinnelsen till en SIP där en handläggare på socialtjänsten missförstod ett läkarintyg gällande en palliativ patient som hade som mest tre månader kvar i livet till följd av sjukdom.

[...] man hade inte riktigt förstått, till exempel ett läkarintyg, du kan inte skriva i ett läkarintyg till en biståndshandläggare att patienten kommer att dö, vårdas och ha väldigt mycket smärtor. Så kan du inte skriva. I det här intyget stod det ungefär att patientens framtidsprognos inte ser bra ut. Och då tyder biståndshandläggaren, som inte har tillräckligt god kunskap om detta, intyget som att det finns en framtid. [P1]

Citatet tolkas som att handläggare på socialtjänsten till följd av kunskapsbrist inte förstod att läkaren egentligen menade att patienten var döende och inte hade lång tid kvar att leva, trots att intyget redogör för en dålig framtidsprognos. Intervjuperson P1 framhåller att biståndshandläggaren är den som på grund av kunskapsbrist inte kan utläsa detta intyg korrekt. Intervjuperson S3 redogör för upplevelser som kan betraktas som en eventuell förklaring till varför maktförhållanden i SIP-möten existerar:

[...] jag har en känsla av att jag oftare är beroende av en läkare i en planering än vad läkaren är beroende av mig. [...] vi är beroende av att läkaren kan vara med och medicinera och sjukskriva, vi kan inte göra något för dem egentligen. Du kan skicka iväg dem på behandling, men jag tror det handlar om att vi är beroende av att läkarna gör sina grejer som vi inte kan göra. [S3]

Enligt tidigare forskning finns det en hierarkisk maktordning i samverkansprocessen. I denna hierarkiska maktordning står läkare som den profession med högst maktstatus (Nordström et al. 2016, s. 46). Tidigare forskning pekar även på att maktskillnader leder till begränsat inflytande för den profession som befinner sig lägre ner i den hierarkiska maktordningen (Blomqvist 2012, s.200; Dunér & Wolmesjö 2015, s.360). Att stå högst

upp i en hierarkisk maktordning kan utifrån vår analys synliggöras genom att läkaren får “det sista ordet”, befogenheten att definiera en situation samt att inte vara beroende av någon annan yrkesprofession. Utifrån vår tolkning av vad intervjuperson P1 lyfter fram framstår det som att missförståndet grundar sig i handläggarens bristande kunskap samt att läkarens arbete inte kan ifrågasättas. Läkaren har till följd av sin maktposition i SIP-mötet befogenhet att definiera en situation och övriga mötesdeltagare har ett större förtroende till läkaren på grund av maktpositionen. Av den anledning menar intervjuperson P1 att det är biståndshandläggaren som har bristande kunskap istället för att läkaren skulle kunna utföra ett tydligare intyg.

Både intervjupersoner och tidigare forskning redogör för att det föreligger ett icke-ömsesidigt beroende mellan socialtjänstpersonal och vårdpersonal vid samverkan. Intervjuperson S1 och S4 menar att det grundar sig i att vårdpersonal har mandat att sjukskriva patienter samt förskriva läkemedel. Utifrån intervjupersonernas upplevelser, är vår tolkning att detta kan betraktas som en anledning till varför läkarens maktposition är hög i SIP-mötet. Läkarens höga maktposition kan tänkas bero på att läkaren inte är beroende av någon annan profession för att utföra sitt arbete medan läkaren själv har en central roll för att andra professioner ska kunna utföra sitt arbete.

5.4 Förväntningar

5.4.1 En roll i ständig anpassning

Goffman (2014, s.23) definierar ett framträdande som en handling med syfte att påverka andra och framträdandet sker i främre region där man kan styra publikens intryck och välja vad man vill framhålla. Främre region kännetecknas av att de agerande och observerande håller en ömsesidig god ton gentemot varandra. I främre region har man normer att förhålla sig till, vilka benämns som hövlighets- och anständighetsnormer, där det förstnämnda handlar om hur man behandlar resterande deltagare när man talar till dem och det sistnämnda handlar om hur man uppför sig i publikens synhåll (ibid., 98). Utifrån Goffmans begrepp, väljer vi att betrakta SIP-mötet som ett framträdande vilket sker i främre region.

Trots att intervjupersonerna kan identifiera flertalet hinder vad gäller SIP, är majoriteten positivt inställda till SIP. Flera intervjupersoner lyfter fram att de aldrig varit på en SIP som inte resulterat i något positivt. Intervjuperson S2 beskriver att SIP-möten har varit gynnsamma för att man delar ansvaret med klienten. Samtidigt uttrycker intervjupersonerna negativa erfarenheter i SIP-mötet, det ställs orimliga krav och sker en ansvarsförskjutning mellan professionerna. Utifrån vår tolkning befinner sig deltagarna i främre region under SIP-mötet där man håller en god ton mot varandra samt förhåller sig till rådande normer. Detta gör att man bör bete sig på ett respektfullt och anständigt sätt i SIP-mötet samt undvika att visa misstro gentemot varandras professioner. När intervjupersonerna delar med sig av sina upplevelser inom ramen för denna studie befinner de sig i bakre region, där de inte behöver förhålla sig till normer. Rollen man har i SIP-mötet kliver man ur när mötet är genomfört (jfr Goffman 2014, s.102) och i bakre region talar man om varandra på ett sätt som inte är enhetligt med hur man talar med varandra i SIP-mötet. Intervjuperson S4 beskriver hur man behöver anpassa sig utifrån rådande normer vid ett SIP-möte enligt följande:

[...] man försöker vara anständig [...] även om jag känner mig frustrerad av att, okej, 'läkaren ni behöver göra detta, men det gör ni inte', så kan jag inte säga det i mötet. [S4]

Intervjupersonerna uttrycker både en god inställning till SIP-mötet, men de skildrar även en bild av att det inte alltid blir lyckade SIP-möten och att det finns svårigheter mellan professionerna i mötet. Enligt Goffman (2014, s.18) strävar man efter att uppnå konsensus i mötet med andra och undviker konflikter. När intervjupersonerna uttrycker en god inställning till SIP-mötet befinner de sig i främre region och strävar efter att upprätthålla konsensus i mötet. I bakre region kan intervjupersonerna ta avstånd från upprätthållandet av konsensus och då framkommer en negativ inställning till SIP-mötet. Vår tolkning är att det inte är möjligt för intervjupersonerna att uttrycka en negativ inställning i SIP-mötet eftersom det kan resultera i konflikter som bidrar till att konsensus inte uppnås. Med hjälp av begreppen främre region, bakre region samt konsensus kan vi, enligt vår tolkning, närma oss en eventuell förklaring till varför intervjupersonerna lämnar något motstridiga uppgifter.

5.4.2 Förväntningar på den egna rollen och varandras roll

Flera intervjupersoner delar uppfattningen om att man har höga förväntningar på sig själv och sin egen roll i SIP-mötet. Olika förväntningar som framkommer bland flera intervjupersoner är exempelvis att man ska vara engagerad, lyfta klienten och ansvara för mötet om man har kallat till det. Vi har av det insamlade materialet kunnat utläsa tre olika roller som intervjupersonerna intar i SIP-mötet vilka är: den samordnande, den informerande och den stödjande.

Ett mönster vi har sett utifrån intervjuerna med socialarbetare är att de många gånger intar rollen som samordnare och stödjande för klienten. Den samordnande rollen intas ofta när socialarbetaren själv kallat till SIP-mötet och medför ett extra ansvar. Den stödjande rollen handlar om att lyfta klienten och säkerställa att klienten förstår informationen som ges. Intervjuperson S4 redogör för ett exempel som utmärker sig i mängden:

[...] ibland kan jag känna att dem tar klientens sida för att det är lättare att vara den sköna eller den som verkligen vill ditt bästa. Jag kan absolut vara en trygghet för klienten men jag är oftast också den som ger avslag [...] jag kommer själv berätta om det finns en möjlighet att beslutet ändras, men inte om jag blir pressad in i ett hörn. [S4]

Intervjuperson S4 berättar att man i sin roll som handläggare sällan ges utrymme att vara den "sköna" socialarbetaren utan tvingas in i en roll där man framstår som en kall myndighetsperson. Detta kan jämföras med resultat från tidigare forskning, där socialarbetaren ibland pressas till att ta rollen som en byråkratisk och kall myndighetsperson (Dunér & Wolmesjö 2015, s. 19). Enligt Goffman (2014, s.25) intar individen antingen ett beteende som betraktas som äkta eller som är cyniskt. Om individen är cynisk förstår individen när beteendet är äkta eller oäkta och använder det oäkta beteendet i brist på andra alternativ (ibid.). Av ovanstående citat framgår att intervjuperson S4 är cynisk på så sätt att S4 pressas in i roll där hen framstår som en kall myndighetsperson i brist på andra alternativ. Utifrån intervjuerna med vårdpersonalen framgår att vårdpersonalen intar rollen som samordnare och informerande. Den samordnande rollen intas ofta för att få alla delaktiga i mötet och

säkerställa att dokument blir korrekt ifyllda och signerade. Den informerande rollen intas i brist på att andra intar den samt för att skapa förståelse för den medicinska biten.

Meningsskapande är en central del i det dramaturgiska perspektivet och man skapar mening genom att definiera situationer i interaktion med varandra (Goffman 2014, s.21). Ett sätt att definiera situationer på är att inta olika förutbestämda roller. När man lär sig sin roll strävar man efter att hålla sig till den (ibid., 149). Utifrån vår tolkning av Goffmans dramaturgiska perspektiv i relation till vilka roller som intas i SIP-mötet finns det tydligt utarbetade gränser för varje roll som deltagare intar i ett SIP-möte. Gränserna talar om vad rollen innefattar, exempelvis vilka arbetsuppgifter som finns inom den rollen. Vården intar rollen som samordnare och informerande vilket har en koppling till vårdens medicinska roll som inte sträcker sig längre än att behandla medicinska symptom och redogöra för dem i mötet. Utifrån vår tolkning har vården lärt sig denna roll, håller sig till den och intar därför inte rollen som stödjande. Socialarbetare intar rollen som samordnare och stödjande för klienten vilket har en koppling till socialarbetarens psykosociala roll. Tidigare forskning redogör för att socialarbetarens roll är svårdefinierad jämfört med vårdpersonalens roll vilket skapar hinder i det gemensamma arbetet (se Ambrose-Miller & Ashcroft 2016, s.107; Dunér & Wolmesjö 2015, s.362f; Glaser & Suter 2016, s.399). Enligt vår tolkning har den psykosociala rollen inte samma tydliga gränser som vårdpersonalens medicinska roll vilket gör att socialarbetarens roll är bredare i SIP-mötet. Sammantaget skapas en gemensam definition av SIP-mötet där alla deltagande parter vet vad man förväntar sig av sin egen respektive den andras roll.

Flertalet socialarbetare menar att vårdpersonalen har en stor roll i SIP-mötet eftersom många klienter har hälsobekymmer och vården kan således inta en informerande roll eftersom de har hälsotillståndet svart på vitt till följd av provtagning. Socialarbetare förväntar sig att vården kommer på utsatt tid samt att personen som kommer till mötet är insatt i ärendet. Slutligen förväntar sig socialarbetare att vården är delaktiga i planeringen samt försöker vara flexibla och kreativa gällande att hitta lösningar på problem.

Majoriteten av vårdpersonalen menar att socialarbetare har en stor roll i SIP-mötet och man förväntar sig aktivt deltagande. Enligt vårdpersonalens uppfattning ansvarar socialtjänsten för allt utöver det medicinska, det vill säga alla sociala frågor vilket innefattar boende, ekonomi, missbruk och utanförskap. Utöver detta anser en del vårdpersonal att socialarbetare bör se individen och göra mer flexibla bedömningar. Vårdpersonal förväntar sig att socialarbetare ska genomföra SIP:ar med kvalitet istället för görandets skull, vara påläst och veta vad man pratar om.

Tidigare forskning redogör för att de olika professionerna har låga förväntningar på varandra i samverkansmöte (Widmark et al. 2016, s. 50). Till viss del bekräftas detta av intervjupersonerna i vår studie. Vad som däremot blir avvikande i jämförelse med tidigare forskning, är att vårdpersonal har höga förväntningar på socialarbetare, bland annat att socialtjänsten har ansvar för samtliga livsområden utöver det medicinska och ska genomföra SIP:ar med kvalitet istället för kvantitet. Enligt vår tolkning utifrån tidigare forskning och vårdpersonalens höga förväntningar på socialarbetare kan vårdpersonalens förväntningar grunda sig i att socialarbetaren har en otydlig, svårdefinierad roll som har blivit ett resultat av specialiseringen (Ambrose-Miller & Ashcroft 2016, s.107; Dunér & Wolmesjö 2015, s.362f; Glaser & Suter 2016, s.399). Istället verkar socialarbetare ha låga förväntningar på vårdpersonal, exempelvis belyses detta genom att socialarbetare uttrycker att man förväntar sig att vården kommer på utsatt tid och är delaktiga i planeringen. Utifrån tidigare forskning, som redogör för att tidigare negativa erfarenheter av SIP möten medföljer in i nya SIP-möten (Nordström et al. 2016, s.48; Riksdagen 2017, s.27), tolkar vi de låga förväntningarna som ett eventuellt resultat av att socialarbetare har tidigare negativa erfarenheter av SIP-möten.

6. Sammanfattning

Syftet med studien var att undersöka hur yrkesverksamma inom socialtjänsten och primärvården resonerar kring sina upplevelser av SIP samt vilka förväntningar de har på sig själva och varandra i ett SIP-möte. I detta avsnitt gör vi en sammanfattning av analysen samt besvarar våra frågeställningar.

Den första frågeställningen berör vilka främjande faktorer de respektive professionerna upplever att SIP-möten medför. I vår analys lyfts SIP fram som ett sätt att skapa tydlighet genom att alla parter hör samma sak och skapar en gemensam definition av situationen. Genom detta skapas en helhetssyn vilket också är en förutsättning för att samverkan i form av SIP ska fungera. Ytterligare en främjande faktor som SIP-möten medför är att det öppnar upp för en större samverkanspotential framöver.

SIP har även förebyggande funktion på så sätt att man förebygger ohälsa hos klienter och minskar risken för att verksamheterna motarbetar varandra. Att SIP har en tvingande funktion upplevs som en främjande faktor med anledning av att SIP-möten ska prioriteras och alla ska medverka.

Den andra frågeställningen undersöker hur vi med hjälp av nyinstitutionell teori kan beskriva de hinder som de respektive professionerna upplever att det finns i SIP-möten. Den tvingande funktion som SIP medför kan även upplevas som ett hinder på så sätt att man måste prioritera om andra arbetsuppgifter. Av analysen framgår det att SIP är en tidskrävande process på flera sätt, exempelvis genom att de digitala förutsättningarna i form av "Mina planer" brister vilket resulterar i att man behöver hitta alternativa kommunikationsvägar som kräver extra arbetstid. Att kalla till möten, dokumentera och ha uppföljningar är tidskrävande aspekter och en trög process som gör att yrkesverksamma istället "smyg-SIP-ar". Ytterligare en hindrande faktor kan vara att ansvarsförskjutning uppstår mellan de olika verksamheterna till följd av en oklar ansvarsfördelning mellan de två huvudmännen. Socialtjänsten och primärvårdens skilda institutionella logiker kan krocka i mötet och vid en eventuell krock tenderar det medicinska perspektivet att vara ledande. Ett annat mönster som framkommit är hur den hierarkiska maktordningen synliggörs i SIP-mötet där läkaren befinner sig högst upp i maktordningen och har störst befogenheter. Det har framkommit att socialarbetare

upplever att dem är beroende av läkaren men läkaren är ofta inte beroende av socialarbetaren, vilket gör att samverkan prioriteras olika.

Den tredje frågeställningen undersöker hur vi med hjälp av Goffmans dramaturgiska perspektiv kan synliggöra de olika förväntningar som de respektive professionerna har på sin egen roll och varandras roll i SIP-möten. I analysen framkommer det att man intar olika roller beroende på om man befinner sig i bakre eller främre region, exempelvis i SIP-mötet anpassar man sig utifrån rådande normer genom att vara anständig och utanför SIP-mötet föreligger inte samma behov av anpassning. Begreppen bakre och främre region samt strävan efter upprätthållandet av konsensus kan således förklara varför konflikter i SIP-mötet kvarstår. Socialarbetare har låga förväntningar på vården exempelvis att vården kommer till SIP-mötet på utsatt tid och att personen som kommer är insatt i ärendet. Vårdpersonalen har höga förväntningar på socialarbetare där kraven är ofta orimliga exempelvis att socialtjänsten ansvarar för allt utöver det medicinska. Flera intervjupersoner har höga förväntningar på sig själva i SIP-mötet och man ska vara engagerad, lyfta klienten, flexibel och ansvara för mötet om man kallat till det. I vår analys har vi kunnat se att socialarbetare ofta intar rollen som samordnare och stödjande medan vården intar rollen som samordnare och informerande.

7. Avslutande diskussion

Under studiens gång förvånades vi av att det framkommer få framgångsfaktorer med SIP. Trots vår förförståelse var vi förvånande över mängden hinder som framkom i analysen avseende SIP. Av analysen framgår att samverkan i form av SIP mellan socialtjänsten och primärvården saknar de rätta förutsättningarna för att kunna integrera de olika perspektiven med varandra och skapa en samstämmighet i SIP-mötet. I vår analys verkar det som att SIP inte skapar den integrerade samverkan man hoppats på utan istället stärker SIP-mötet känslan av "vi och dem" mellan socialtjänst och primärvården. Detta eftersom professionerna krokar i sina perspektiv och synsätt, där det medicinska perspektivet är definitivt på så sätt att ett problem ofta har en åtgärd, medan det psykosociala perspektivet är mer omfattande och det kan finnas flera sätt att betrakta problem på. Läkaren befinner sig högst upp i den hierarkiska maktordningen och är inte beroende av någon annan part i SIP-mötet för att kunna göra sina

bedömningar och det saknas ett ömsesidigt behov av varandra, vilket är ytterligare ett exempel på hur SIP saknar de rätta förutsättningarna. I det initiala skedet av vår studie var vår ambition att kunna intervjua en läkare från primärvården men vi lyckades inte med detta. Utifrån vår analys verkar läkarens roll i SIP-mötet vara omdebatterad eftersom socialarbetare upplever att läkaren behöver delta i mötet medan vårdpersonalen inte alltid tycker att det är nödvändigt. Mot bakgrund av detta hade vi velat intervjua en läkare och inhämta läkarens perspektiv.

Den tvingande funktionen verkar ha tillkommit SIP-lagstiftningen för att tydliggöra att SIP ska prioriteras inom kommun och region. Vår analys har väckt tankar kring om den tvingande funktionen har fått avsedd effekt eller om den skapat nya hinder i samverkan mellan socialtjänsten och primärvård. Detta genom att man hittar alternativa lösningar för att anpassa sig efter närvarokravet, exempelvis genomför “smyg-SIP-ar” eller skickar kollegor som inte är insatta i ärendet till SIP-mötet. Varför måste man lagstifta en tvingande funktion om så många yrkesverksamma är positivt inställda till samverkan? Frågan väcker en nyfikenhet hos oss och vi hade kunnat tänka oss att fortsatt undersöka ett svar på ovanstående fråga.

Av vår studie framgår att SIP har stor förbättringspotential och det behövs en förändring i vissa avseenden för att SIP ska kunna nå sin fulla potential. I vår analys framkommer att det bör utformas en tydligare lagstiftning gällande vem som ska närvara istället för att yrkesverksammas ska ges möjlighet att tolka lagstiftningen i enlighet med vad som passar deras verksamhet bäst. En tydlig ansvarsfördelning hade troligtvis kunnat minska risken för att ansvarsförskjutning uppstår i SIP-mötet. I Sverige ansvarar två huvudmän för SIP vilket kan tänkas skapa möjlighet för att man lägger över ansvaret på respektive huvudman. Utifrån vad vi läst om individuella planer i Norge (Vold Hansen 2007) där det endast finns en huvudman som ansvarar för planen, blir ansvarsfördelningen självklar och tydlig. För att minska risken för ansvarsförskjutning kan en ansvarig huvudman ses som en möjlig lösning.

Utöver detta har vår analys visat på bristande digitala förutsättningar i form av “Mina planer” som våra intervjupersoner framhåller som komplicerat och tidskrävande. Därmed ser vi behovet av en kommunikationsplattform som är anpassad och integrerad

till de funktioner man dagligen använder i arbetet, exempelvis outlook där mötets inbjudan hamnar rätt i vederbörandes kalender. Sammantaget synliggörs ett behov av att föra in ”Mina planer” i de dagliga rutiner som redan genomförs för att undvika ytterligare en tidskrävande process. Slutligen har vår analys visat på orimliga förväntningar i SIP-mötet, exempelvis har vårdpersonal höga förväntningar på att socialarbetare ska ansvara för alla livsområden utöver det medicinska vilket inte tillhör socialarbetarens arbetsuppgifter. Detta menar vi kan grunda sig i en kunskapsbrist om de olika professionernas möjligheter och begränsningar och därför ser vi fortsatt behov av att öka kunskapen om varandras professioner.

Studien har endast intagit ett professionsperspektiv med hänvisning till den begränsade tidsramen, studiens omfattning och etiska överväganden. I framtida forskning hade det varit intressant att undersöka SIP ur ett klientperspektiv och få en uppfattning om huruvida klienter upplever att denna typ av samverkan är hjälpsam eller inte. Utifrån vår studie har vi kunnat se att SIP används som ett sätt för yrkesverksamma att underlätta sitt arbete och det hade varit intressant att undersöka om det är en aspekt som klienterna också märker av i mötet. Avslutningsvis anser vi att det är viktigt att lyfta fram klientperspektivet med anledning av att SIP är till för klienten och det är klientens situation som vi med hjälp av socialt arbete vill förbättra.

Referenslista

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

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

Axelsson, Runo & Bihari Axelsson, Susanna (2006) Integration and collaboration in public health - a conceptual framework. *The international journal of health planning and management*. 21(1): 75-88

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

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

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

Danermark, Berth (2000) *Samverkan – himmel eller helvete? [en bok om den svåra konsten att samverka]*. Stockholm: Gothia

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

Dir. 2020:68. *Samordnade insatser vid samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd.*

[<https://www.regeringen.se/49dc19/globalassets/regeringen/dokument/socialdepartementet/fokhalsa-och-sjukvard/samordnade-insatser-vid-samsjuklighet-i-form-av-missbruk-och-beroende-och-annan-psykiatrisk-diagnos-eller-narliggande-tillstand.pdf>]

Dunér, Anna & 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

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

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

Goffman, Erving (2014) *Jaget och maskerna: en studie i vardagslivets dramatik*. 6 uppl. Stockholm: Studentlitteratur

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

Hallin, Anette & Jenny Helin (2018) *Intervjuer*. Upplaga 1. Lund: Studentlitteratur

Hubbard, Gill & Markus Themessl-Huber (2005) Professional perceptions of joint working in primary care and social care services for older people in Scotland. *Journal of Interprofessional Care*. 19(4): 371–385

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

Källmen, Håkan, Hed, Anders & Thobias H. Elgán (2017) Collaboration between community social services and healthcare institutions: The use of a collaborative individual plan. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 34(2): 119-130

Lind, Rolf (2014) *Vidga vetandet: en introduktion till samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur.

Linde, Stig (2013) Konkurrerande logiker - en möjlighet för institutionella entreprenörer? I: Linde, Stig & Kerstin Svensson (red.) *Förändringens entreprenörer och tröghetens agenter: människobehandlande organisationer ur ett nyinstitutionellt perspektiv*. 1 uppl. Stockholm: Liber

Longoria, Richard A. (2005) Is Inter-Organizational Collaboration Always a Good Thing. *Journal of Sociology and Social Welfare*. 32(3): 123-138

Matscheck, David, Piuva, Katarina, Eriksson, Lisbeth & Martin Åberg (2018) The Coordinated Individual Plan – is this a solution for complex organizations to handle complex needs? *Nordic Social Work Research*. 9(1): 55-71

Miller, Chris & Yusuf Ahmad (2000) Collaboration and partnership: an effective response to complexity and fragmentation or solution built on sand?. *International Journal of Sociology and Social Policy*. 20(5/6): 1-38

Nationalencyklopedin (2021) Ordbok: Samverkan

[<https://www.ne.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/samverkan>. Hämtat: 2021-11-29]

Nordström, Erik, Josephson, Iréne, Hedberg, Berith & Sofia Kjellström (2016) Agenda för samverkan eller verksamhetens agenda? Om professionellas erfarenheter av samverkan enligt samordnad individuell plan (SIP). *Socialvetenskaplig tidskrift* (1): 37-57

Rennstam, Jens & David Wästerfors (2015) Att analysera kvalitativt material I: Göran Ahrne & Peter Svensson (red.). *Handbok i kvalitativa metoder*. Stockholm: Liber

Samordnad individuell plan (SIP): en utvärdering. (2017) [Stockholm]: Sveriges riksdag. [<https://data.riksdagen.se/fil/31481311-EDE6-4F1B-ACBF-065D5C97058A>]. Hämtat: 2021-11-07]

San Martín-Rodríguez, Leticia, Beaulieu, Marie-Dominique, Damour & Marcela Ferrada-Videla (2005) The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*. 1: 132-147

SFS 2001:453. *Socialtjänstlag*

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*

Sunesson, Sune (1991). *Social medverkan i primärvården: en inventering*. Stockholm: Socialstyrelsen, SoS-rapport 1991:17

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

Vetenskapsrådet (2017) *God Forskningssed [Elektronisk resurs]*. Reviderad utgåva. Stockholm: Vetenskapsrådet

Vold Hansen, Gunnar (2007) *Samarbeid uten fellesskap. Om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid*. Doktorsavhandling. Karlstad University Studies.

Widmark, Catharina, Sandahl, Christer, Piuva, Katarina & David Bergman (2011) Barriers to collaboration between health care, social services and schools. *International Journal of Integrated Care*. 9: 1-9

Widmark, Catharina, Sandahl, Christer, Piuva, Katarina & David Bergman (2016) What do we think about them and what do they think about us? Social representations of interprofessional and interorganizational collaboration in the welfare sector. *Journal of Interprofessional Care*. 30(1): 50-55

Willumsen, Elisabeth & Lillemor Hallberg (2003) Interprofessional collaboration with young people in residential care: some professional perspectives. *Journal of Interprofessional Care*. 17(4): 389-400

Bilagor

Bilaga 1

Rekryteringsbrev för intervjupersoner från socialtjänsten

Hej!

Vi heter **Enea Rasic** och **Fanny Kolhäger Persson** och studerar på socionomprogrammet vid Lunds universitet. Just nu skriver vi ett **examensarbete om samverkan** och har intresserat oss för hur yrkesprofessionella inom socialtjänsten och primärvården upplever samverkan mellan varandra, med inriktning på samordnad individuell plan (SIP). Syftet med vår studie är att undersöka hur yrkesprofessionella resonerar kring SIP-möten med fokus på förutsättningar och hinder samt vilka förväntningar yrkesverksamma har på sig själva och varandra i ett SIP-möte.

Vi kontaktar dig då vi behöver intervjupersoner som kan tänka sig vara intresserade av att delta i studien. Vi söker **socialsekreterare** med yrkeserfarenheter inom **socialtjänsten** samt **erfarenheter av samverkan med primärvården**. Intervjuerna planeras genomföras **v. 45–48** för att ge oss tid att bearbeta materialet. Hur och vart intervjun ska genomföras sker i samråd med intervjupersonen.

Studien förhåller sig till Vetenskapsrådets forskningsetiska principer, det vill säga informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Vid intervjutillfället kommer vi informera om studiens syfte och beroende på vart intervjun genomförs kommer en samtyckesblankett signerad eller läsas upp. Intervjumaterialet kommer aidentifieras och bevaras på en säker plats som utomstående inte kan få tillgång till. Intervjumaterialet används endast för denna studie.

Nedan bifogar vi informationsbrevet med mer information kring studien.

Rekryteringsbrevet och informationsbrevet får gärna skickas vidare till anställda. Om du är intresserad får du gärna kontakta oss på nedanstående kontaktuppgifter.

Med vänliga hälsningar, Enea Rasic och Fanny Kolhäger Persson

Kontaktuppgifter

Enea Rasic (Socionomstudent)

Telefonnummer: X

Mejl: en1185ra-s@student.lu.se

Fanny Kolhäger Persson (Socionomstudent)

Telefonnummer: X

Mejl: fa6884ko-s@student.lu.se

Johan Cronehed (Handledare för arbetet)

Socialantropolog med inriktning socialpsykologi

Lunds universitet

Mejl: johan.cronehed@soch.lu.se

Rekryteringsbrev för intervjupersoner från primärvården

Hej!

Vi heter **Enea Rasic** och **Fanny Kolhäger Persson** och studerar på socionomprogrammet vid Lunds universitet. Just nu skriver vi ett **examensarbete om samverkan** och har intresserat oss för hur yrkesprofessionella inom primärvården och socialtjänsten upplever samverkan mellan varandra, med inriktning på samordnad individuell plan (SIP). Syftet med vår studie är att undersöka hur yrkesprofessionella resonerar kring SIP-möte med fokus på förutsättningar och hinder samt vilka förväntningar yrkesverksamma har på sig själva och varandra i ett SIP-möte.

Vi hör av oss till dig då vi behöver intervjupersoner som kan tänka sig vara intresserade av att delta i studien. Vi söker **medicinskt inriktad vårdpersonal** som har yrkeserfarenheter inom **primärvården** samt **erfarenheter av samverkansmöten med socialtjänsten**. Intervjuerna planeras genomföras **v. 45-48** för att ge oss tid att bearbeta materialet. Hur och vart intervjun ska genomföras sker i samråd med intervjupersonen.

Studien förhåller sig till Vetenskapsrådets forskningsetiska principer, det vill säga informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Vid intervjutillfället kommer vi informera om studiens syfte och beroende på vart intervjun genomförs kommer en samtyckesblankett signeras eller läsas upp. Intervjumaterialet kommer avidentifieras och bevaras på en säker plats som utomstående inte kan få tillgång till. Intervjumaterialet används endast för denna studie.

Nedan bifogar vi informationsbrevet med mer information kring studien.

Rekryteringsbrevet och informationsbrevet får gärna skickas vidare till anställda. Om du är intresserad får du gärna kontakta oss på nedanstående kontaktuppgifter.

Med vänliga hälsningar,

Enea Rasic och Fanny Kolhäger Persson

Kontaktuppgifter

Enea Rasic (Socionomstudent)

Telefonnummer: X

Mejl: en1185ra-s@student.lu.se

Fanny Kolhäger Persson (Socionomstudent)

Telefonnummer: X

Mejl: fa6884ko-s@student.lu.se

Johan Cronehed (Handledare för vårt examensarbete)

Socialantropolog med inriktning socialpsykologi

Lunds universitet

Mejl: johan.cronehed@soch.lu.se

Bilaga 2

Informationsbrev till intervjupersoner

Hej!

Vi heter **Enea Rasic** och **Fanny Kolhäger Persson** och studerar på socionomprogrammet vid Lunds universitet. Just nu skriver vi vårt examensarbete om samverkan och har intresserat oss för hur yrkesprofessionella från socialtjänsten och primärvården upplever samverkan mellan varandra, med inriktning på samordnad individuell plan (SIP). Uppsatsen bedrivs och genomförs i samråd med vår handledare Johan Cronhed. Intervjuerna kommer att handla om dina upplevelser och erfarenheter av SIP-möten med respektive verksamhet, med fokus på förutsättningar och hinder samt vilka förväntningar du har på din egen roll i ett SIP-möte samt vilka förväntningar du har på andra yrkesroller i ett SIP-möte.

Intervjun kan genomföras på din arbetsplats eller via zoom beroende på vad som passar dig. Intervjun beräknas ta ca 1 timme. Vid intervjutillfället kommer vi använda oss av en intervjuguide med frågor och teman som berör ämnet. Med ditt samtycke önskar vi att spela in intervjun för att sedan transkribera och lättare analysera det insamlade materialet. Det kommer finnas möjlighet för dig att i efterhand granska materialet för att du ska kunna korrigera eller styrka uttalanden om så önskas.

Studien förhåller sig till Vetenskapsrådets forskningsetiska principer, vilket innebär att vi vid intervjutillfället kommer informera om studiens syfte, att ditt deltagande är frivilligt och att du när som helst kan avbryta din medverkan. Det inspelade materialet kommer behandlas konfidentiellt, vilket betyder att intervjun kommer avidentifieras och förvaras så att ingen obehörig får tillgång till materialet samt raderas efter examensarbetet är slutfört. Det insamlade materialet kommer endast användas till denna studie. I början av intervjutillfället kommer en samtyckesblankett läsas upp som du behöver ge ditt medgivande till för att intervjun ska kunna genomföras.

Har du några frågor eller funderingar kring studien är du välkommen att kontakta oss via nedanstående kontaktuppgifter.

Vi ser fram emot att träffa dig!

Kontaktuppgifter

Enea Rasic (Socionomstudent)

Telefonnummer: X

Mejl: en1185ra-s@student.lu.se

Fanny Kolhäger Persson (Socionomstudent)

Telefonnummer: X

Mejl: fa6884ko-s@student.lu.se

Johan Cronehed (Handledare)

Socialantropolog med inriktning socialpsykologi

Lunds universitet

Mejl: johan.cronehed@soch.lu.se

Bilaga 3

Samtyckesblankett

Denna intervju genomförs inom ramen för ett examensarbete i form av en C-uppsats på socionomprogrammet vid Lunds universitet under ledning av handledare Johan Cronehed. Uppsatsen avser att studera hur yrkesverksamma inom socialtjänst och hälso- och sjukvården resonerar kring samordnade individuella planer (SIP).

Intervjun kommer att spelas in och ditt deltagande är frivilligt samt kan avbrytas när som helst under arbetets gång med slutdatum 3/1-2022.

Dina svar kommer att avidentifieras, kommer inte kunna spåras tillbaka till dig och kommer inte användas för andra ändamål än uppsatsen. Obehöriga kommer inte kunna ta del av det insamlade intervjumaterialet och när syftet med uppsatsen är uppfyllt kommer det materialet att förstöras.

Uppsatsen kommer att publiceras och resultaten kommer även att presenteras på ett seminarium där examinator och medstudering kommer att delta.

Jag har informerats om syftet och samtycker härmed till deltagande i intervjun.

Bilaga 4

Intervjuguide och checklista

Bakgrundsfrågor

- Vill du inleda med att berätta om dig själv och vad du arbetar med?
- Vilken utbildning har du?
- Hur lång yrkeserfarenhet har du som
socioonom/sjuksköterska/läkare(/undersköterska)?
- Hur länge har du arbetat på din nuvarande arbetsplats?
- Uppskattningsvis, hur många SIP-möten har du deltagit i?

Tema 1

- Hur ofta samverkar du med socialtjänst/primärvård i form av SIP-möte?
- Vill du berätta om hur ett SIP-möte med socialtjänst/primärvård kan se ut?
- Inför att en SIP ska upprättas, hur går ni tillväga i kontakten med socialtjänst/primärvård?
 - *Hur anser du att kommunikationen mellan verksamheterna fungerar?*
- I vilka situationer anser du att en SIP bör upprättas?
 - *Vill du ge något exempel?*
- Vilken funktion anser du att SIP fyller i ditt arbete?

Tema 2

- Vad har du för upplevelser av samverkan med socialtjänst/primärvård i form av SIP?
- Vill du beskriva ett SIP-möte som du upplevt som framgångsrikt?
- Vilka främjande faktorer kan du identifiera i ett SIP-möte?
 - *Kan du ge exempel på hur detta påverkar ditt arbete?*
- Vill du beskriva ett SIP-möte som du upplevt som mindre lyckat?
- Vilka hinder kan du identifiera i ett SIP-möte?
 - *Kan du ge exempel på hur detta påverkar ditt arbete?*

Tema 3

- Upplever du att andra professioner i SIP-mötet har kunskap om din profession?
 - *På vilket sätt synliggörs detta? Kan du ge exempel?*
- Upplever du att du har kunskap om andras professioner i ett SIP-möte?

- Vilken roll anser du att medicinsk personal/socialtjänstpersonal har i ett SIP-möte utifrån sin profession?

- Vilken roll anser du att du har i ett SIP-möte utifrån din profession?

- Vilka förväntningar har du på andra professioner i ett SIP-möte?

- *Vill du utveckla?*

- Vilka förväntningar tror du att andra professioner har på dig i ett SIP-möte?

- *Vill du utveckla?*

- Upplever du att du behöver anpassa dig efter dessa förväntningar?

- *Vill du utveckla?*

- Vilka förväntningar har du på dig själv i ett SIP-möte?

- *Vill du utveckla?*

Avslutning

- Finns det något mer du vill tillägga som vi inte har tagit upp idag?

- Får vi återkomma till dig över telefon/mail för att ställa ytterligare frågor vid behov?