



HÖGSKOLAN  
DALARNA

**Examensarbete**

**Avancerad nivå**

**”Oavsett hur bra vi än samverkar”**

---

**En studie om samverkan mellan sjukvård och kommun vid  
utskrivningar från psykiatrisk slutenvård**

**Collaboration between healthcare and social service when discharging  
psychiatric patients**

Författare: Ida Nilsson  
Institution: Högskolan Dalarna  
Handledare: Camilla Udo  
Examinator: Camilla Udo  
Bedömare: Eva Randell  
Ämne/huvudområde: Socialt arbete  
Kurskod: SA3008  
Högskolepoäng: 15 hp  
Examinationsdatum: 2022-07-18



HÖGSKOLAN  
DALARNA

Vid Högskolan Dalarna finns möjlighet att publicera examensarbetet i fulltext i DiVA. Publiceringen sker Open Access, vilket innebär att arbetet blir fritt tillgängligt att läsa och ladda ned på nätet. Därmed ökar spridningen och synligheten av examensarbetet.

Open Access är på väg att bli norm för att sprida vetenskaplig information på nätet. Högskolan Dalarna rekommenderar såväl forskare som studenter att publicera sina arbeten Open Access.

Jag/vi medger publicering i fulltext (öppet tillgänglig på nätet, Open Access):

Ja

Nej

Högskolan Dalarna – SE-791 88 Falun – Tel 023-77 80 00

## **Abstract**

This study examines collaboration between social services, inpatient- and outpatient psychiatric care regarding to discharge from psychiatric inpatient care. The research questions examined in the study were how professionals working in these organizations perceive the discharge process with regards to limiting factors, facilitating factors and their experiences of how the patient have experienced discharge. The study is based on two focus group interviews with professionals working in psychiatric inpatient- and outpatient care and three individual interviews with professionals working in the social services. The results show that facilitating factors for collaboration are clear communication, when patients already have contact with the social services since before, and when the professionals already have an established professional relationship. Poor communication, unclear responsibilities, and lack of respect for each individual profession, were the main limiting factors. The legislative requirement for a fast discharge process was a limiting factor due to social care efforts long lead time.

**Keywords:** Collaboration, discharge psychiatric care, inpatient care, outpatient care, social services

## **Sammanfattning**

Den här studien undersöker samverkan mellan socialtjänst och psykiatrisk slutenvård och öppenvård när patienter ska skrivas ut från psykiatrisk slutenvård. Forskningsfrågan för studien är hur professionella som arbetar inom dessa verksamheter ser på utskrivningsprocessen utifrån begränsande och främjande faktorer samt hur de tror att utskrivningarna upplevs av patienterna. Studien bestod av två fokusgrupper med professionella från psykiatrisk slutenvård och öppenvård samt tre individuella intervjuer med socialsekreterare. Resultaten visar att främjande faktorer för samverkan är när det finns tydlig kommunikation, när patienter redan har kontakt med socialtjänsten sedan tidigare samt när samverkans aktörerna har upparbetade relationer. Bristande kommunikation, oklara ansvar och brist på respekt för yrkesroller var begränsande faktorer i samverkan. Lagstiftningens krav på en skyndsam utskrivningsprocess var en begränsande faktor utifrån långa uppstarts tider för vissa sociala omsorgsinsatser.

**Nyckelord:** Samverkan, slutenvård, socialtjänsten, utskrivning slutenspsykiatri, öppenvård,

# Innehåll

<b>Examensarbete .....</b>	<b>1</b>
Avancerad nivå.....	1
<b>Inledning .....</b>	<b>7</b>
<b>Bakgrund.....</b>	<b>7</b>
Avinstitutionalisering och psykiatrireform .....	7
Lagstiftad samverkan .....	8
Samverkan via gemensamma möten .....	9
Utskrivningar från psykiatrisk slutenvård .....	10
Problemformulering .....	11
Syfte .....	11
Frågeställningar .....	12
<b>Centrala begrepp för studien .....</b>	<b>12</b>
Psykiatrisk sluten- och öppenvård.....	12
Samordnad individuell plan (SIP) .....	12
Utskrivningsklar .....	13
Brukarperspektiv och brukarmedverkan .....	13
<b>Teoretisk ram.....</b>	<b>13</b>
Teori om samverkan.....	13
Samverkan som lösning på sektorspecialisering .....	14
Samverkans fördelar och tröghet.....	15
Gemensamma mål och kommunikation .....	15
Tillit.....	16
Makt .....	16
<b>Tidigare forskning.....</b>	<b>17</b>
Tidigare forskning om utskrivningsprocesser från sluten psykiatrisk vård .....	17
Studier om SIP som samverkansform .....	18
Brukardelaktighet i samverkan.....	19
<b>Metod.....</b>	<b>21</b>
Studiens design.....	21
Urval.....	21
Procedur .....	22
Datainsamling.....	23
Tematisk analys.....	23
Metoddiskussion.....	24
Tillförlitlighet .....	24
Etiska överväganden .....	25

<b>Resultat</b> .....	<b>25</b>
Möten mellan professioner.....	26
Tydlighet i ansvar och kommunikation.....	26
Hantera meningsskiljaktigheter.....	28
Relationella faktorer.....	31
Yttre faktorer som påverkar samverkan.....	32
Kravet på snabba utskrivningsprocesser.....	32
Patientens situation.....	33
Organisatoriska svårigheter.....	34
<b>Diskussion</b> .....	<b>36</b>
Interprofessionella möten som samverkansform.....	37
Gemensamma målsättningar för samverkan.....	38
Makt och brukarmedverkan.....	39
Samverkan under komplexa omständigheter.....	42
Slutsatser.....	43
<b>Referenslista</b> .....	<b>45</b>
Bilaga 3.....	50
Samtyckesblankett.....	50
<b>Medgivande</b> .....	<b>50</b>
<b>Medgivande</b> .....	<b>51</b>

## **Inledning**

När patienter ska skrivas ut från psykiatrisk slutenvård och fortsatt är i behov av kontakt med regional vård liksom av stöd från kommunal hälso- och sjukvård eller socialtjänst har de ansvariga huvudmännen en skyldighet att samverka inför utskrivningen (SFS 2017:612).

Lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (SFS 2017:612) är en samverkanslag som slår fast att patienter ska kunna skrivas ut ur slutenvård på ett tryggt och säkert sätt och få sina behov av vård och omsorg tillgodosedda efter utskrivning. Detta gör att flertalet olika aktörer inom sjukvård och kommun kan behöva samverka och tillsammans med patienten planera inför utskrivningen. I denna studie fokuseras på samverkan mellan psykiatrisk slutenvård, psykiatrisk öppenvård och socialtjänst med inriktning funktionsstöd i samband med att en patient blir utskriven från psykiatrisk slutenvård och psykiatrisk öppenvård samt socialtjänst ska ta över.

## **Bakgrund**

### **Avinstitutionalisering och psykiatrireform**

Under senare delen av 1900-talet började den process som brukar kallas för avinstitutionaliseringen inom psykiatri att ske i Europa av såväl politiska som ideologiska och ekonomiska skäl (Bergmark, Bejerholm & Markström, 2017). Bergmark mfl (2017) beskriver hur denna process löpande utvecklats av myndigheter. Stora institutioner för slutenvård som tidigare ansvarat för vården av personer med psykisk sjukdom, skulle då ersättas med psykiatri i öppenvårdsform och samhällliga stödinsatser. I Sverige började denna process under 1970-talet då utredningar genomfördes för att hitta alternativ till institutionerna som då bedrev den psykiatriska vården, de sk. mentalsjukhusen (SOU 2006:100). En viktig fråga i de statliga utredningarna som presenterades av Socialstyrelsen (1970, 1973, 1978, 1979) var ansvarsfördelning mellan sjukvård och socialtjänst när en allt större del av den psykiatriska vården skulle bedrivas i öppenvårdform. Den psykiatriska slutenvård som blev kvar efter avinstitutionaliseringen skulle inte längre bedrivas på avskilda inrättningar utan i stället vara en del av sjukhusen för övrig vård (SOU 2006:100). Dock passade de nya formerna med psykiatrisk öppenvårdsform bättre för personer med mindre allvarlig psykisk sjukdom än för personer med psykossjukdomar och långa sjukdomsperioder. Detta ledde till att de med allvarligast psykisk sjukdom hamnade utanför reformen och blev kvar på sjukhusavdelningarna (SOU 2006:100).

På grund av de oklarheter som fanns gällande ansvarsfördelningen och hur stödet för dessa personer, som nu klassificerats som personer med psykiska funktionshinder, skulle organiseras tillsattes år 1990 den s.k. Psykiatriutredningen (SOU 2006:100). Denna genomfördes av en parlamentariskt sammansatt kommitté och ledde fram till att ansvarsfördelning och arbetssätten förtydligades i en proposition (Prop. 1993/94:218) samt i ett betänkande av socialutskottet (1993/94: SoU 28). För att underlätta för kommunerna, som nu fick ett utökat ansvar för målgruppen att kunna utveckla arbetsformer för detta så infördes år 1995 ett statligt bidrag för detta, ett beslut som gick under namnet ”Psykiatrireformen” (SOU 2006:100).

### **Lagstiftad samverkan**

Inte bara inom psykiatrisk vård har ansvarsfördelningen mellan kommun och sjukvård varit en fråga som behövt utredas och klargöras. Inom äldreomsorgens område genomfördes också en reform under 1990-talet. Den gick under namnet ädelreformen och genomfördes år 1992 med syfte att åtgärda problemet att äldre vistades på sjukhus utan att vara i behov av sjukhusvårdens resurser och att klargöra ansvaret för de respektive huvudmännen (SOU 2015:20). I samband med ädelreformen infördes betalningsansvarslagen, BAL (SFS 1990:1404), som reglerade kommuners ekonomiska ansvar för vissa patientgrupper om de kvarstannade på sjukhus efter att de var medicinskt färdigbehandlade. I samband med psykiatrireformen kom BAL även att omfatta en del av psykiatriens patienter (SOU 2015:20). BAL ersattes 1 januari 2018 av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård, samverkanslagen (SFS 2017:612). Till följd av övergångsregler började lagen gälla inom psykiatrisk vård från och med 2019. Bakgrunden till den nya lagen var att personer som är utskrivningsklara från slutenvården ska kunna skrivas ut så snabbt som möjligt (SOU 2015:20). Vid tillämpandet av BAL byggde det kommunala betalningsansvaret på att en gemensam vårdplan hade upprättats inför utskrivningen vilket ofta krävde att ett vårdplaneringsmöte gjordes under den ineliggande vården. Förutom att vårdplaneringar för ineliggande patienter kan förlänga vårdtiden identifierades det i en utredning (SOU 2015:20) även problem med systemet utifrån att vårdplaneringen då gjordes tillsammans med slutenvården som vanligtvis inte hade något ansvar för patienten efter utskrivningen. I lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård finns därför inget krav om upprättad vårdplan vid utskrivning. I stället används bestämmelsen om en samordnad individuell plan, en s.k. SIP, som anges i såväl hälso- och sjukvårdslagen, HSL (SFS 2017:30) som i Socialtjänstlagen, SOL (SFS 2001:453). Denna plan behöver inte upprättas innan utskrivning från sjukhus för att betalningsansvaret ska börja gälla. Ansvaret för att kalla till



detta möte ligger på den öppenvård som ska ansvara för patienten efter utskrivning (SOU 2015:20). I nuvarande lagstiftning ska respektive enhet starta sin egen planering gällande vilka insatser patienten behöver efter utskrivning och ansvarar för att själva planera de insatser enheten behöver bistå med i samband med att patienten skrivs ut. SIP-mötet som görs ska syfta till samordning av insatserna och inte till utredning kring patientens rätt till insatser. Planeringen inför utskrivningen ska starta redan när inskrivningsmeddelande gällande patienten skickas till öppenvården. SIP-möten kan hållas under inneliggande vård om situationen gör att behov av samordning finns redan inför utskrivningen men i de flesta fall passar samordning bättre att göra efter utskrivning med de aktörer som ansvarar för aktuella insatser (SOU: 2015:20).

Sveriges Kommuner och Landsting, SKL (2018), numera Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), påtalar vikten av att skilja på den tidigare vårdplaneringen som hörde till betalningsansvarslagen och dagens lagstiftning med samverkan genom SIP. I den tidigare vårdplaneringen låg ansvaret hos slutenvården men har i nuvarande lagstiftning flyttats till öppenvården. Mötet syftar till samordning av de insatser som beslutats på respektive enhet. SIP ska ses som en process och inte som en punktinsats vilket de tidigare vårdplaneringsmötena ofta kom att bli (SKL, 2018). De tidigare vårdplaneringsmötena på sjukhus hålls dock fortfarande, i vissa områden under namnet avstämningsmöte och är ett möte inför utskrivning där planering görs inför utskrivningen. Skillnaden mot en SIP är då att vårdplaneringen eller avstämningsmötet syftar till informationsöverföring och planering inför utskrivning medan SIP är en mer omfattande och långtgående planering (Löfström, Nilsson & Jensen, 2019). Också SKL (2018) konstateras att vårdplaneringar ofta görs utifrån den tidigare lagstiftningen trots den nya samordningslagen.

### **Samverkan via gemensamma möten**

Den ökade specialiseringen och uppdelningen inom välfärden har skapat behov av samverkan mellan olika aktörer (Matscheck & Piuva, 2022). Trots att det finns ett stort behov av samverkan kan det vara en utmaning i praktiken (Huxham, 2003). Samverkan mellan organisationer kan utformas på flera olika sätt med olika grader av integrering (Andersson, Ahgren, Axelsson, Eriksson & Axelsson, 2006). I den samordnade individuella planen, SIP, som finns lagstadgad inom HSL, SOL och samverkans lagen sker samverkan genom möten med den enskilde personen och representanter från de organisationen som denne har stöd ifrån. I dessa möten genomförs en gemensam planering kring insatser. Detta skiljer sig mot samverkansmodeller som har en högre grad av integrering (Matscheck & Piuva, 2020). SIP

används som modell i Sverige och liknande system finns i andra länder så som Norge, England och Wales (Matschek och Piuva, 2020). Studier har visat på svårigheter med SIP som samverkansmodell och att det finns en åtskillnad mellan dess intention och hur redskapet används i praktiken (Matschek, Piuva, Eriksson & Åberg, 2019; Matschek, Piuva 2020, 2021, Kállmén, Hed & Eglán, 2017, Jones mfl., 2022).

### **Utskrivningar från psykiatrisk slutenvård**

Intervjuer med patienter som skrivits ut ur psykiatrisk slutenvård visar att utskrivningar upplevs som utmanade ur ett patientperspektiv. Patienterna framhöll därför vikten av förberedelse och planering inför utskrivningen (Ådnes, Cresswell-Smith, Melby, Westerlund, Šprah, Sfetcu, Straßmayr & Donisi, 2019). Forskning visar också att den första perioden efter utskrivning från psykiatrisk heldygnsvård innebär en förhöjd risk för suicid (Haglund, Lysell, Larsson, Lichtenstein, Runesson 2019).

Myndigheten för vårdanalys (2020) har i en uppföljning av införandet av samverkanslagen studerat utskrivningar från psykiatrisk slutenvård och funnit att många av de svårigheter som uppstår i utskrivningarna överensstämmer med de som ses inom den somatiska vården. Exempel på svårigheter är allmänna problem med planering och informationsöverföring mellan parterna. Vissa skillnader kunde dock ses mellan utskrivningar från psykiatrisk respektive somatisk vård. Exempel som lyfts fram i rapporten (Myndigheten för vårdanalys, 2020) är att sekretess oftare utgör ett hinder i samverkan inom psykiatri liksom att patienters boendesituationer kan försvåra utskrivningarna och göra att patienter ibland behöver kvarstanna och vänta på lösning för dessa. Också svårigheten med långa väntetider inom öppenvården lyfts fram som försvårande i samverkan med utskrivningarna. Liksom att steget mellan sluten- och öppenvård upplevs stort av olika personalgrupper och att det saknar överbyggningar mellan dessa. Exempel på sådana insatser skulle enligt rapporten kunna vara dagvård, mobila psykiatriteam och en större integrering mellan sluten- och öppenvård (Myndigheten för vårdanalys, 2020). De generellt sett längre vårdtiderna inom psykiatrisk vård beskrivs som en faktor som kan underlätta utskrivningarna då det finns mer tid att planera samtidigt som det kan vara svårare att på förhand uppskatta när det är dags för utskrivning. Också att psykiatri har en större erfarenhet av att arbeta med SIP-möten, jämfört med inom somatisk vård, lyfts fram som positivt (Myndigheten för vårdanalys, 2020).

## **Problemformulering**

När en patient ska skrivas ut efter att ha vårdats inom slutenvård och fortsatt behöver insatser från både vård och Socialtjänst för att få sina behov tillgodosedda efter utskrivning finns en lagstadgad skyldighet om samverkan. Denna lagstadgade skyldighet är reglerad i Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård, samverkanslagen (SFS 2017:612). Samtidigt som samverkanslagen gör gällande att utskrivningsklara patienter ska lämna sjukhuset så snart som möjligt, är det viktigt att samverkan fungerar så att utskrivningen också blir trygg för patienten. Detta behöver förstås utifrån bakgrunden att den första perioden efter utskrivning från psykiatrisk heldygnsvård innebär en förhöjd risk för suicid (Haglund m.fl., 2019). Patienter som har erfarenhet av psykiatrisk slutenvård vittnar om att utskrivningen innebär en utmanande omställning och lyfter fram vikten av att förberedelse och planering görs under det ineliggande vårdtillfället (Ådhanes m.fl., 2019). I takt med ökade specialiseringar och uppdelningar inom välfärden har behovet av samverkan mellan olika aktörer ökat, exempelvis mellan sjukvård och socialtjänst (Matscheck & Piuva, 2022). Samtidigt som den höga uppdelningen och specialiseringen inom vård och omsorg gör att det finns ett stort behov för samverkan är samverkan många gånger en utmaning att få till i praktiken (Huxham, 2003). Studier har visat att SIP som samverkansmodell har en del utmaningar och att det finns en skillnad i dess intention och hur det i praktiken faktiskt ser ut för personer aktuella inom vård och omsorg utifrån psykisk sjukdom och/eller missbruksproblematik (Matscheck, Piuva, Eriksson & Åberg, 2019; Matscheck, Piuva 2020, 2021, Källmén, Hed & Eglán, 2017, Jones m.fl., 2022). I den kontexten skapar kravet på skyndsamma utskrivningar av utskrivningsklara patienter en tidspress för de inblandade aktörerna. Som tidigare beskrivits har utskrivningsprocessen ändrats till följd av den nya samverkanslagen vilken kräver en annan planeringsprocess än de tidigare utarbetade formerna vid utskrivningar. I psykiatri har den nya lagstiftningen börjat gälla från 2019 och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har identifierat ett behov av studier kring hur samverkan fungerar vid utskrivningar från slutenvård (Myndigheten för vårdanalys, 2020). Det saknas således forskning om samverkan i samband med utskrivning från psykiatrisk klinik. Denna studie fokuserar därför på samverkan mellan psykiatrisk slutenvård, psykiatrisk öppenvård och socialtjänst vid utskrivningar.

## **Syfte**

Syftet med denna studie är att studera hur professionella inom psykiatri och socialtjänst ser på hindrande respektive främjande faktorer i samverkan kring utskrivningar av patienter som

vårdats inom sluten psykiatrisk vård samt deras uppfattningar av hur dessa faktorer påverkar patientens upplevelse av utskrivningsprocessen.

### **Frågeställningar**

- Vilka främjande faktorer ser personal att det finns i samverkan för att patienter ska ges möjlighet till en trygg utskrivning från psykiatrisk slutenvård?
- Vilka hindrande faktorer ser personal att det finns i samverkan för att patienter ska ges möjlighet till en trygg utskrivning från psykiatrisk slutenvård?
- Hur upplever personalen att de utskrivningar där samverkan skett oftast blir för patienten?

## **Centrala begrepp för studien**

I detta avsnitt kommer inledningsvis en beskrivning av centrala begrepp för studien följt av de teoretiska utgångspunkter som är relevanta för att bidra till att fördjupa förståelsen för resultatet i denna studie.

### **Psykiatrisk sluten- och öppenvård**

I Samverkanslagen (SFS 2017:612) definieras sluten vård enligt följande: ”Hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning” och öppen vård som ”...annan hälso- och sjukvård än sluten vård ” (1 kap 3§, 2017:612). I denna studie avses med psykiatrisk slutenvård, vårdinrättningar där patienter ges inneliggande vård vid psykiatriska tillstånd. Öppenvård avser i denna studie specialiserad psykiatrisk vård som ges till patienter i annan form än i slutenvård.

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

Bestämmelserna om samordnad individuell plan, SIP, finns angivna i såväl Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 16 kap, 4§) som Socialtjänstlagen (SoL, 2 kap 7§). I paragraferna anges att det ska upprättas en SIP om en person har insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst och någon av huvudmännen ser ett behov av att planen görs för att den enskilde ska kunna få sina behov tillgodosedda förutsatt att samtycke lämnas av denne. Planen ska, om möjligt, göras tillsammans med den enskilde och det ska framgå av planen behov av insatser och vem som ansvarar för dem och vem av huvudmännen som ska ansvara för planen. En SIP ska ske vid utskrivning från slutenvård om en person, efter utskrivning, har behov av insatser från både region och kommun i form av hälso- och sjukvård eller insatser från socialtjänst förutsatt att den enskilde samtycker till detta (SFS 2017:612). Planeringen i respektive verksamhet ska starta när öppenvård och kommun får information om att en patient är

inneliggande och kallelse till SIP ska skickas av fast vårdkontakt i den regionbaserade öppenvården senast tre dagar efter att patienten har förklarats utskrivningsklar av öppenvården (SFS 2017:612).

### **Utskrivningsklar**

En patient är utskrivningsklar från slutenvård när dess ansvariga läkare har tagit beslut att den inte längre har behov att vårdas inlagd. Detta ska meddelas till de enheter som efter utskrivning ska erbjuda insatser till patienten så att de kan ta emot patienten enligt planering. När meddelandet om utskrivningsklar skickas har också betydelse för när ett kommunalt betalningsansvar kan inträda (SOU 2015:20).

### **Brukarperspektiv och brukarmedverkan**

En SIP ska enligt gällande lagstiftning göras tillsammans med den enskilde så långt detta är möjligt (SFS 2001:453, Socialtjänstlag, SFS 2017:30, Hälso- och sjukvårdslag).

Att arbeta utifrån ett brukarperspektiv eller patientperspektiv kan beskrivas utifrån att man samverkar med den person som är mottagare av en vård- eller stödinsats och att denna bidrar med sitt perspektiv (Hedberg Rundgren m.fl., 2022). Brukarinflytande eller brukarmedverkan, att den enskilde medverkar i processer kring sina stödbehov, har blivit ett viktigt ledord för hur vård- och stöd ska utformas. Den kan beskrivas som en mer demokratisk process där den enskilde ges inflytande (Hedberg Rundgren m.fl., 2022).

Samtidigt kan brukarmedverkan också vara problematiskt utifrån att de professionella är de som har beslutanderätt i ärenden och har skyldighet att utföra sitt beslutsfattande utifrån gällande lagar och riktlinjer (Hedberg Rundgren m.fl., 2022). Exempel på studier som belyser problematiken som kan uppstå mellan brukarmedverkan och de regler och ramar som professionella har att förhålla sig till är ex. Matschek och Piuva, (2021), Jones m.fl., (2022) och Jørgensen, Andreasson, Rasmussen, Hansen och Karlsson (2022).

## **Teoretisk ram**

### **Teori om samverkan**

I detta avsnitt presenteras studiens teoretiska referensram. Den teori som använts i studien är huvudsakligen teorin om samverkans fördelar, Huxham (2003). Också en genomgång av olika modeller för samverkan kommer att presenteras utifrån en uppställning av Andersson m.fl. (2011). Inledningsvis kommer i det teoretiska avsnittet en kort presentation av samverkans roll i den sektoriserade välfärden.

### **Samverkan som lösning på sektorspecialisering**

Välfärdssamhället har över tid blivit alltmer sektoriserat, dvs. uppdelat i olika områden och verksamheter. Att välfärden behövt delas upp i allt fler olika organisationer har varit nödvändigt för att möta dess ökade komplexitet (Hedberg Rundgren, Klinga, Löfström och Mossberg, 2022). Även om en ökad uppdelning och specialisering inom välfärden kommit till för att kunna utveckla tillräckliga kunskaper inom respektive område är en baksida att personer riskerar att komma i kläm mellan olika organisationer. Specialiserade organisationer kan få svårt att i samverkan med varandra kunna skapa ett gemensamt helhetsperspektiv då de har olika kulturer och förståelseramar. Dessa svårigheter har lett fram till att vi idag fokuserar på samverkan, tvärprofessionell styrning och helhetsperspektiv som en lösning på sektorspecialiseringens baksida (Svensson, 2022).

Samtidigt som samverkan ofta ses som både lösning på problem och som en brist när något gått fel är det ofta oklart vilken betydelse begreppet samverkan har (Hedberg Rundgren, Klinga, Löfström och Mossberg, 2022). Huxham (2003) beskriver hur forskning om samverkan mellan organisationer kan skilja sig mycket åt på grund av att den kan bedrivas inom så varierade forskningsområden liksom inom skilda sektorer, praktiker och synsätt och ämnesområden. Även grundläggande begrepp som exempelvis samverkan, nätverk och allians beskrivs kunna skilja i betydelse (Huxham, 2003).

Andersson mfl. (2011) har i en litteraturstudie kring samverkan inom området för yrkesinriktad rehabilitering, funnit sju olika typer av samverkansmodeller, vilka är uppbyggda på olika sätt. Modellerna har därav har olika styrkor och svagheter. Sammantaget konstateras att det inte går att slå fast att någon samverkansmodell är att föredra framför de andra, men att olika modeller kan passa olika bra beroende på vilket sammanhang. De sju identifierade modellerna för samverkan är graderade utifrån grader av integration och komplexitet, dvs utifrån hur omfattande deras samverkan med varandra är och på vilka sätt som samverkan är utformad. Den lägsta graden av samverkan i modellen utgörs av informationsöverföring mellan organisationer. I denna modell sker samverkan genom att ett informationsutbyte sker mellan två organisationer. Utbytet kan vara skriftligt eller muntligt, formellt eller informellt (Andersson mfl., 2011). Nästa nivå av samverkan har av Andersson m.fl. (2011) identifierats som ärendesamordning. Med detta menas att en person arbetar med att samordna insatser från olika aktörer för en brukare/ patient men att det utöver det inte sker samverkan direkt mellan de involverade aktörerna.

Den tredje nivån av samverkan är när samverkan sker genom interprofessionella möten mellan organisationerna (interagency meetings). I mötena träffas professionella från olika organisationer för att samverka i individärenden. Detta kan göras tillsammans med eller utan de personer som samverkan avser. Också hur systematiska mötena är kan variera (Andersson m.fl., 2011). Matscheck m.fl. (2019) skriver att SIP utgör ett exempel på samverkan enligt denna nivå.

Nästa modell som presenteras på skalan (Andersson mfl., 2011) är multidisciplinära team, där representanter från olika organisationer samarbetar över tid. Modellen efter är kallad partnerskap. Arbete enligt modell kan se ut på olika sätt men grundar sig alltid på någon formell bestämmelse kring samverkan mellan organisationerna. Efter det kommer modellen kallad för samlokaliseringen vilka Andersson m.fl. (2011) skriver egentligen inte är en samverkansform utan ett sätt att skapa förutsättningar för samverkan då parterna fysiskt ligger tillsammans. Den mest integrerade formen av samverkan i är i de fall då det finns en gemensam budget mellan aktörerna.

### **Samverkans fördelar och tröghet**

Huxham (2003) presenterar en översikt över teorin om samverkans fördelar (The theory of collaborative advantage) och skriver att en samverkan endast kan bli fördelaktig om dess syfte är något som de medverkande aktörerna inte hade kunnat uppnå på egen hand. Samtidigt beskriver Huxham (2003) att en grundläggande frågeställning i hans studier är paradoxen varför samverkan så många gånger resulterar i tröghet och bristande resultat trots att det finns gemensamma mål som dess aktörer vill uppnå. Huxham (2003) konstaterar att teorin om samverkan inte kan användas som en praktisk manual, men att ett konkret råd kan ges vilket är att bara samverka när det verkligen är nödvändigt. Huxham (2003) förespråkar att om en situation kan lösas på något annat sätt än genom samverkan så bör detta väljas i stället eftersom samverkan är resurskrävande och svårt. Vidare presenterar Huxham (2003) att andra fördelar som samverkan kan ge så som ex. förbättrad relation till en annan samverkande aktör inte heller är värd kostnaderna.

### **Gemensamma mål och kommunikation**

Huxham (2003) beskriver att gemensamma och tydliga mål ofta ses som något grundläggande i en samverkan men att det i praktiken kan vara svårt att enas om dessa mål. En orsak till detta är att det, utöver de gemensamma målen för samarbetet kan finnas andra målsättningar hos såväl de deltagande organisationerna som hos individerna. Dessa mål kan vara både uttalade och outtalade, antingen för att de bara har förutsatts vara gällande eller för att de medvetet

döljs. Utöver att det kan finnas flertalet olika målsättningar hos aktörerna kan det också finnas andra faktorer som kan göra det svårt att enas om samverkans gemensamma mål. Detta kan röra sig om språkliga eller kulturella skillnader. Utifrån detta föreslår Huxham (2003) att samverkan ibland kan behöva startas även utan att deltagarna helt har kunnat enas om gemensamma mål. Andersson m.fl. (2011) presenterar att många faktorer i en samverkan kan verka både stärkande och hindrande beroende på hur de fungerar. Kommunikation presenteras som en sådan faktor då svårigheter i kommunikationen försvårar samarbetet och kan hindra deltagarna från att få tydlighet i roller, syfte och målsättning i samverkan. En välfungerande kommunikation däremot kan skapa en gemensam förståelse (Andersson m.fl, 2011).

### **Tillit**

Huxham (2003) menar att tillit, precis som gemensamma mål, ofta ses som en förutsättning i en samverkan. Dock beskriver han att det ofta istället finns en misstänksamhet mellan deltagarna i början av ett samarbete. Detta eftersom de oftast inte själva valt vilka de ska samarbeta med. Vikten av att arbeta på att bygga upp tilliten mellan parterna lyfts därför fram i teorin om samverkans fördelar (Huxham, 2003). Även Andersson m.fl. (2011) beskriver att när det finns tillit i en samverkan kommer denna att främja samarbetet, men också att tilliten tar tid att bygga upp och att brist på tillit kan leda till svårigheter i samverkan. När tillit saknas i ett samarbete kan ett tillstånd uppstå där aktörerna bevakar de egna organisationernas intressen vilket kan leda till konflikter och maktkamp (Andersson m.fl., 2011). Det poängteras att tillit tar tid att bygga upp och att det därför är bra att sträva efter en stabilitet kring vilka som deltar i samverkan. När det finns tillit mellan aktörerna kan en gemensam grund och klientens behov ställas i centrum för samverkan. Tillit kan också skapa förutsättningar för att bygga upp gemensamma mål, språk och kultur (Andersson m.fl., 2011).

### **Makt**

Makt är ett annat tema som redovisas av Huxham (2003) inom ramen för teorin om samverkans fördelar. Här beskrivs en vanlig uppfattning vara att den som styr över ekonomin i en samverkan är den som har makten. Huxham (2003) redogör dock för en mer komplex bild och menar att en rad olika faktorer påverkar maktfördelningen. Maktfaktorer som lyfts fram i teorin är t.ex. att bestämma vad ett samarbete ska heta eftersom det anger vad som ska göras inom samarbetet, att bestämma sammansättning av deltagare och att styra över möten, både gällande tid, plats och vem som leder dem. Makt beskrivs vidare vara något som kan ändras över tid inom samarbetet liksom mellan dess olika faser. Även de deltagande individerna påverkar maktförhållandet i samverkan (Huxham 2003).



## **Tidigare forskning**

Samverkan inom människobehandlande organisationer har blivit ett viktigt forskningsämne (Hedberg Rundgren m.fl., 2022). I en svensk kontext finns en del studier gällande SIP som samverkansform vilka kommer att presenteras i följande forskningsgenomgång. Också internationella studier gällande samverkan mellan vård och sociala stödinsatser liksom specifika studier om utskrivningar från psykiatrisk slutenvård kommer att presenteras.

I de utförda litteratursökningarna i samband med studien har inte funnits någon forskning som specifikt handlat om samverkan vid utskrivningar från psykiatrisk slutenvård i en svensk kontext.

### **Tidigare forskning om utskrivningsprocesser från slutet psykiatrisk vård**

Utskrivningsplanering ses som en viktig del i övergången från psykiatrisk slutenvård till vård och stöd i öppenvårdsform men vad som innefattas i begreppet varierar (Xiao, Tourangeau, Widger, Berta & Bloomberg, 2019). I en litteraturstudie utforskar Xiao med flera (2019) innebörden av begreppet utskrivningsplanering (discharge planning). Utifrån den granskade litteraturen presenterar författarna att utskrivningsplanering i psykiatrisk vård kan förstås som en patientcentrerad process som bygger på samverkan där man utifrån patientens behov och tillgängliga resurser skapar en planering för utskrivningen. Planeringen syftar till att förbättra patientens hälsa, funktion och delaktighet i samhället.

Ådnanes m.fl. (2019) har studerat patienters syn på återinläggningar i slutenspsykiatrisk vård och hur detta kan undvikas. I studien genomfördes fokusgrupper med patienter i sex olika europeiska länder. Patienterna hade erfarenhet av mer än en inläggning i psykiatrisk slutenvård och hade haft kontakt med psykiatrin under minst ett år. Studiens resultat visar att patienterna upplever att planering inför utskrivning är viktigt. Patienterna beskrev olika psykoedukativa stöd som viktiga liksom nära kontakt med stödinsatser. Också en stödjande social situation med vänner och aktivitet var viktigt för att undvika behov av återinläggning. Studien drar slutsatsen att psykoedukativa och psykosociala insatser behöver starta redan under inläggande vård. Stöd från såväl psykiatri som sociala aktörer beskrevs som viktigt för att minska risken för återinläggningar av patienter. Ett liknande resultat har presenterats i en litteraturstudie (Vigod, Kurdyak, Dennis, Leszcz, Taylor, Blumberger & Seitz, 2013) där man konstaterar att forskning visar på att psykoedukation, behovsbedömningar och kommunikation mellan slutenvård och öppenvård kan förebygga snabba återinläggningar i psykiatrisk vård.

### **Studier om SIP som samverkansform**

Matscheck och Piuva (2022) beskriver att det finns begränsat med studier om hur SIP som samverkansform fungerar. Några studier belyser dock området (Matscheck & Piuva 2020, 2021; Matscheck, Piuva, Eriksson & Åberg, 2019). I en studie har Matscheck och Piuva (2020) granskat sammanlagt 25 personakter vid ett svenskt socialkontor som alla innehöll en SIP-plan för klienter aktuella inom en socialtjänst, inom enheterna för psykiatrisk funktionsnedsättning och missbruk. I studien undersöktes SIP som arbetssätt utifrån graden av samverkan och den enskildes delaktighet i att utforma planen. Matscheck och Piuva (2020) beskriver att samordnade vårdplaner börjat användas som samverkansmodell i en del länder mot bakgrund av att andra modeller med en hög grad av samverkan, så som case management och multidisciplinära team, inte kunde erbjudas så många individer utifrån att de kräver omfattande resurser. De lyfter fram att det därför finns ett behov av att studera hur samordnade vårdplaner fungerar som samverkansmodell. I studien framkommer att SIP dokumenten många gånger innehöll preliminära planeringar eftersom deltagarna vid SIP-mötet inte haft mandat att själva fatta beslut. Författarna ser detta som problematiskt då de enskilda inte kan överklaga om insatserna som skrivs in i planen sedan inte blir verklighet (Matscheck, Piuva 2020). Andra fynd i granskningen av akterna var dels att det ofta saknades dokumentation i planerna gällande anledningarna till att göra en SIP liksom en otydlighet gällande planeringens långsiktiga mål och författarna drar slutsatsen att det finns en brist i att se till klienternas behov och möjligheter till återhämtning över tid. Bristen på långsiktiga mål och ibland oklara omständigheter till varför SIP kallats till samt även, i vissa fall, avsaknad av beslut kring uppföljning planen överensstämmer med de resultat som forskarna fått i en tidigare, liknande studie och i båda fallen dras slutsatsen att SIP utgör en ostrukturerad form av samverkan (Matscheck mfl, 2019; Matscheck & Piuva, 2020). Även en studie av Källmén m.fl. (2017) har funnit motstridiga resultat i SIP som samverkansverktyg. I en utförd enkätstudie bland yrkesverksamma inom psykiatri, socialtjänst och beroendevård har respondenterna å ena sidan rapporterat positiva inställningar till SIP och dess effekter för klienterna liksom för samverkan mellan aktörerna men å andra sidan uppgett att de deltar i upprättandet av SIP planer i begränsad omfattning. Deltagarna hade varit med i upprättandet av en SIP i genomsnitt 1-2 gånger under senaste månaden och mellan 5-8 gånger det senaste halvåret. Vidare uppgav 14% av deltagarna som hade erfarenhet av upprättande av SIP att de, under det senaste halvåret, hade avstått från att starta en SIP-process för en klient/patient trots att det funnits behov för detta. De vanligaste anledningarna till detta uppgavs vara upplevda

svårigheter i samarbete följt av tidsbrist. Studien ger inget svar på varför det förhåller sig på detta sätt, men en diskussion förs om att en del av förklaringen kan vara individuella faktorer (Källmén m.fl., 2017).

### **Brukardelaktighet i samverkan**

När det gäller SIP som samverkansform fann Matscheck och Piuva (2019, 2020) att det i de flesta granskade SIP-planerna saknades uppgifter om vilka åsikter den enskilde haft under mötet. Frågan om brukarmedverkan i SIP-modellen har sedan ytterligare följts upp av Matscheck & Piuva (2021) i en studie de intervjuat socialsekreterare. De fann då att socialsekreterarna upplever svårigheter i att planera tillsammans med de enskilda klienterna eftersom den hjälp de efterfrågar krockar med de organisatoriska regler som socialsekreterarna har att förhålla sig till. Socialsekreterarna uttryckte att deras klienter hamnar i kläm i möten när samverkansparterna försöker hävda den egna organisationens regler och ramar. Jones, Knutsson och Schön (2022) har studerat svårigheterna gällande brukarmedverkan och samordnad vård i SIP och funnit att ett första steg i en sådan utveckling är att hela SIP-processen utnyttjas i stället för att SIP ses som ett möte. För att detta ska fungera krävs att organisationerna stödjer arbetssättet genom utbildning och tid för gemensamma planeringar (Jones m.fl., 2022).

Jørgensen, Andreasson, Rasmussen, Hansen och Karlsson (2022) har i en studie undersökt om samverkansmöten inför utskrivningar från psykiatrisk slutenvård utifrån om dessa möten haft fokus på återhämtning. I studien deltog yrkesverksamma från slutenvården och kommun som arbetade med stöd till målgruppen liksom personer som skrivits ut från psykiatrisk slutenvård och i samband med utskrivningen haft ett samverkansmöte. Studien resultat visar att, trots att personal uppfattade att de arbetade utifrån ett återhämtningsperspektiv, så fanns det utmaningar för att detta mål skulle uppnås. Patienterna upplevde att deras nätverksmöten inte handlat om för dem viktiga frågor om återhämtning utan i stället berört hur olika praktiska frågor ska lösas, t. ex. hur de ska hämta medicin mm. I studien presenteras att de professionella styrs av strukturella faktorer och de arbetssätt som är gällande på deras arbetsplats och att patienterna reduceras till att bli personer med psykisk sjukdom för att matcha de stöd och behandlingar som kan erbjudas med syfte att de ska bli oberoende av vården. En av studiens slutsatser är att synen på återhämtning måste ändras från det nuvarande fokuset att de ska uppå självständighet från vården till att istället utgå från det som den enskilde upplever som viktiga mål i sin återhämtning (Jørgensen m.fl. 2022). En

studie, utförd i England och Wales har funnit att de administrativa delarna i upprättandet av vårdplaner så som dokumentation uppfattades som tidskrävande och minskade tiden som de professionella hade med klienterna. En slutsats är att därför att de samordnade vårdplanerna, trots dess målsättning att utgöra en grund för återhämtningsinriktat och personcentrerat förhållningssätt, i stället minskade möjligheterna för personligt och återhämtningsinriktat arbete (Simpson, Hannigan, Coffey, Barlow, Cohen, Jones, Všetečková, Faulkner, Thornton & Cartwright, 2016). Även en studie från Belgien (Nicaise, Grard, Leys, Van Audenhove & Lorant, 2021) har funnit att yrkesverksamma uppfattade formaliserad samverkan mellan organisationer som en motsättning mot ett klientcentrerat arbete. Satsningen inkluderade flertalet olika aktörer inom vård, social omsorg och rehabilitering och hade som syfte att förbättra återhämtning, integrering i samhället samt att minska tiden på sjukhus för personer med allvarlig psykisk sjukdom. Reformen genomfördes mot bakgrund av att landets vård- och omsorg för målgruppen kännetecknades av en hög grad av uppdelning i olika sektorer, enheter och separata ekonomiska system samtidigt som arbetet med målgruppen krävde samverkan mellan de olika aktörerna. Studien baserades på en enkätundersökning med drygt 550 personer verksamma i de olika nätverken. I studien lyfter författarna att deras fynd går emot tidigare kunskap på området, dvs att nätverksarbete skulle ändra arbetssätt och leda till mer fokus på individen som person och minska fokuset på dess problemområden. En möjlig förklaring till studiens resultat kan, enligt författarna, vara att det hos ledningen saknats fullständig förståelse för de förändringar som krävs inom organisationerna för att nätverksarbetet ska leda till personcentrerade arbetssätt. En slutsats som görs utifrån studien är att det finns en motsättning i samverkan utifrån att nätverksstyrning kräver standardiserade förfaranden medan personcentrerad vård kräver att arbetssätten utgår ifrån de enskildas behov (Nicaise mfl. 2021). Studien (Nicaise mfl. 2021) har analyserat kvalitén på samverkan i nätverken utifrån interpersonella och interorganisatoriska faktorer. Resultaten visade på att samverkan på den interpersonella nivån skattades högre än samverkan mellan organisationerna. Dessa faktorer innefattade gemensamma mål, gemensam klientcentrering, bekantskap och tillit mellan de professionella. Faktorer mellan organisationer så som styrning och ledarskap skattades lägre. Slutsatsen är att samverkan inom nätverken främst bygger på informella relationer mellan professionella snarare än de formaliserade processer som nätverken syftade till att bygga upp (Nicaise mfl. 2021).

## **Metod**

I denna studie om samverkan vid utskrivningar från sluten psykiatrisk vård har fokusgrupper samt individuella intervjuer genomförts med yrkesverksamma inom psykiatrisk slutenvård, psykiatrisk öppenvård och socialtjänst med inriktning funktionsstöd. I metodavsnittet som följer presenteras en beskrivning av studiens utförande, avgränsningar, analys och etiska överväganden.

## **Studiens design**

Denna studie bygger på en kvalitativ ansats då den fokuserar på deltagarnas upplevelser och tolkningar av det studerade fenomenet snarare än att försöka beskriva en objektiv skildring av verkligheten (Bryman, 2016). Bryman (2016) beskriver att den kvalitativa forskningen oftast görs utifrån ett induktivt förhållningssätt vilket innebär att teorier skapas utifrån empirin. Detta till skillnad från en deduktiv ansats där det på förhand finns en teori som i studien testas. Dock framhålls att det inte alltid finns en klar gräns mellan induktiv och deduktiv ansats och att man därför snarare bör se på forskning utifrån induktiva och deduktiva tendenser (Bryman, 2016). Detta gäller även denna studie då material insamlats utifrån öppna frågeställningar som undersöker deltagarnas syn på vilka faktorer som påverkar samverkan och därefter har detta analyserats och tolkats utifrån teoretiska begrepp. Samtidigt har teorier och tidigare forskning har också format bakgrunden till forskningsfrågorna.

## **Urval**

Studiens deltagare bygger på ett målstyrt urval (Bryman, 2016). Detta innebär att deltagarna valts ut strategiskt, dvs. de har inkluderats utifrån att de kan förväntas besvara forskningsfrågan, till skillnad från om ett slumpmässigt urval hade tillämpats. Icke-slumpmässiga urval har dock begränsningen att urval kommer att göras utifrån forskarens subjektiva uppfattningar om ämnet som ska studeras. Det blir därför inte möjligt att generalisera resultaten till en större population (Etikan, Musa & Alkassim, 2016). Utifrån att studien inte haft som syfte att ge generaliserbara slutsatser kring en större population har ett målstyrt urval bedömts vara lämpligt då urvalet resulterat i personer som arbetar med de frågor som ska undersökas och som är villiga att medverka och dela sina erfarenheter om detta. Det målstyrda urvalet ger därför studien möjlighet till fördjupad förståelse av dess forskningsfråga (Bryman, 2016). En studies omfattning och tidsbegränsning kan också göra att det finns ett krav av ett målstyrt urval (Etikan mfl., 2016) vilket är fallet för denna studie som utförs inom ramen för ett examensarbete på avancerad nivå. Studiens resultat kan ses

som ett exempel på hur professionella inom kommun och sjukvård kan se på samverkan vid utskrivningar. Samtidigt behöver resultaten förstås utifrån begränsningen att ett större eller annat urval av deltagare kanske hade visat på andra resultat. Ex. arbetade deltagarna i studien i en storstadsregion och det är därför möjligt att deltagare som i stället valts ut i en mindre ort hade lyft fram andra aspekter i sina svar.

### **Procedur**

Inledningsvis inkluderades verksamheter relevanta för denna studie. Psykiatrisk slutenvård, psykiatrisk öppenvård och socialtjänst med inriktning funktionsstöd valdes ut utifrån forskningsfrågan om hur professionella från dessa verksamheter upplever samverkan i samband med utskrivningar från psykiatrisk slutenvård. Inklusionskriteriet var att verksamheterna skulle arbeta med utskrivningar av vuxna patienter aktuella inom specialiserad psykiatrisk vård. Exklusionskriterier var vårdenheter som främst är inriktade på personer med psykosjukdom eller som behandlade barn och unga. Gällande socialtjänst baserades urvalet på verksamheter som beviljar insatser till personer med psykiska funktionsnedsättningar och medverkar vid planeringar av personer vid utskrivningar från psykiatrisk vård. De verksamheter som valts ut identifierades genom kontakter. De deltagande verksamheterna hade ingen indelning utifrån vilken typ av psykiatrisk problematik som förelåg utan i dessa verksamheter arbetade handläggarna som deltog i studien med socialpsykiatri vilket kunde innefatta samtliga psykiatriska funktionsnedsättningar.

De personer som tillfrågats om deltagande har identifierats utifrån att de arbetar inom de verksamheter som studien avser samt att de i sitt yrke har erfarenhet av att arbeta med utskrivningar från slutenvård psykiatrisk vård. Personerna har hittats delvis utifrån personliga och professionella kontakter samt genom kännedom om personer som arbetar med frågorna, och delvis med hjälp av tips från andra yrkesverksamma. Inom slutenvård och öppenvård tillfrågades tre personer inom respektive organisation om deltagande i studien och samtliga tackade ja till att delta. Inom Socialtjänst tillfrågades sex personer om deltagande i studien. En avböjde deltagande och två personer tackade inledningsvis ja till att delta men blev senare förhindrade att delta. Resterande tre personer tackade ja till att medverka i studien. Utöver de personer som tillfrågats direkt om deltagande skickades en förfrågan med information om studien ut till en arbetsgrupp inom Socialtjänsten men ingen av dessa återkopplade intresse av att delta i studien.

## **Datainsamling**

I studien genomfördes två fokusgruppsintervjuer med tre deltagare i vardera samt tre enskilda intervjuer. En fokusgrupp är ett ordnat samtal där ett antal utvalda deltagare tillsammans diskuterar det ämne som är i fokus, vanligtvis under ledning av en moderator (Litosseliti, 2003). I denna studie var temat samverkan och diskussionerna utgick ifrån ett antal öppna frågeställningar som deltagarna fick diskutera med varandra. Valet att använda fokusgrupper gjordes utifrån att detta ger en möjlighet att studera deltagarnas gemensamma syn på deras gemensamma erfarenheter, kultur och språk i en grupp (Litosseliti, 2003). Detta kan då visa på exempel hur samverkansfrågor diskuteras på deltagarnas respektive arbetsplatser eller inom yrkesgrupper och bedömdes passande utifrån att deltagarna i studien medverkar utifrån sin yrkesroll.

En nackdel med fokusgrupper är att dessa kan vara svåra att få till praktiskt (Bryman, 2016). I denna studie var det fallet med socialtjänsten där det inte blev praktiskt genomförbart att, inom studiens begränsade tid, få till en fokusgrupp. Med socialsekreterarna genomfördes därför istället tre enskilda intervjuer utifrån samma frågeguide som använts under fokusgrupperna. Två av de enskilda intervjuerna liksom en av fokusgrupperna genomfördes online via videosamtal. I fallet med fokusgruppen satt dock deltagarna tillsammans fysiskt. Att en del intervjuer hölls i digital form var utifrån praktiska skäl då det underlättade deltagarnas medverkande. Den andra fokusgruppen och en av de enskilda intervjuerna genomfördes fysiskt på deltagarnas arbetsplatser. I intervjuerna användes en temaguide (Bryman, 2016) där ett antal öppna frågor hade skrivits ner på förhand men där det i intervjuerna lämnades utrymme för intervjupersonerna att själva lyfta fram teman som kunde följas upp (Se temaguide, bilaga 1). Ljudinspelning gjordes under intervjuerna och fokusgrupperna och dessa har sedan transkriberats inför analysering.

## **Tematisk analys**

Det insamlade materialet har sedan analyserats med hjälp av tematisk analysmetod. Braun och Clarke (2006) beskriver att denna analysmetod går ut på att hitta teman i det insamlade materialet utifrån den forskningsfråga som ska besvaras. I denna studies analys har därför intervjuutskriften analyserats utifrån ett sökande efter gemensamma mönster kring faktorer som framstår som betydelsefulla för samverkan i utskrivningsprocesserna. I enlighet med Braun och Clarke (2006) var det första steget i analysprocessen att aktivt läsa igenom att läsa materialet. I detta steg transkriberades intervjuerna och lästes sedan igenom medan en första sökning efter likheter och mönster som kunde utgöra möjliga teman gjordes. Därefter

påbörjades processen med att skapa koder i materialet i enlighet med Braun och Clarke (2006). Praktiskt genomfördes detta i ett ordbehandlingsprogram där deltagarnas uttalanden sorterades in under flertalet olika identifierade mönster, koder. I de kommande stegen av analysen sattes koderna ihop i teman som därefter bearbetades om och sorterades i teman och underteman för att slutligen namnges. Parallellt med att sökningen och kategorisering av teman gjordes utformades den skriftliga presentationen av resultatet.

## **Metoddiskussion**

### **Tillförlitlighet**

Lincoln och Guba (1985) föreslår att tillförlitlighet i kvalitativa studier kan bedömas utifrån fyra kriterier; trovärdighet, överförbarhet, pålitlighet och möjligheten att styrka och konfirmera. Det första delkriteriet trovärdighet handlar om huruvida studiens resultat är trovärdiga. För att studien ska uppfattas som trovärdig har intervjuerna gjorts med öppna frågor vilket gett möjlighet för deltagarna att själva lyfta fram vad de tycker är viktigt inom området. Resultaten har också jämförts med tidigare forskning för att skapa trovärdighet. Gällande möjligheten att studiens resultat är överförbara till andra sammanhang behöver studiens sammanhang och omständigheter presenteras på ett sådant sätt att den som senare tar del av resultaten utifrån detta kan avgöra om de är överförbara till ett annat specifikt sammanhang (Lincoln & Guba, 1985). I studien redogörs för omständigheter kring i vilka sammanhang dess resultat skapats. Lincoln och Guba skriver således att det inte handlar om att presentera hur överförbara resultaten är utan att i stället presentera tillräckligt med information om omständigheterna för att det ska vara möjligt för läsaren att avgöra i vilken grad resultaten är överförbara. På ett liknande sätt kan även studiens pålitlighet styrkas genom att redovisar forskningsprocessen, hur man kommit fram till sina resultat, på ett sådant sätt att läsaren kan följa processen. Det behöver framgå i processen att forskaren inte medvetet styrt sina slutsatser i någon viss riktning. Studiens pålitlighet uppnås genom att det finns redogörelse för hur denna utförs. I studien har redogjorts för metoden hur material insamlats och även hur analysmetoden gått till. Möjlighet att styrka och konfirmera handlar om att göra försök att säkerställa att studien är gjord i god tro eftersom det inte går att uppnå fullständig objektivitet. Också denna aspekt har hanterats utifrån information kring hur studien är gjord och vilka teorier och metoder som använts.



## **Etiska överväganden**

En etisk egengranskning är genomförd inför studien (se bifogad bilaga 2). Studien omfattar vuxna deltagare som lämnat informerat samtycke att delta i studien. Inga känsliga personuppgifter har inhämtats och det har inte bedömts att studien kan påverka deltagarna negativt. Utifrån detta har ingen prövning gjorts av forskningsetisk nämnd. Även om etikprövning inte varit nödvändigt för studien har beaktande av etiska principer varit viktigt i planeringen och utförandet av studien i enlighet med vad som föreskrivs av Vetenskapsrådet (2017). De forskningsetiska principerna i humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002) har beaktats i utförandet av studien. Enligt Helsingforsdeklarationen (2018) ska deltagare i forskning få korrekt och tillräcklig information om den aktuella forskningen och kring deltagandet i studien för att kunna lämna ett informerat samtycke till deltagande. Samtliga deltagare fått skriftlig information om studien och kring samtycke till medverkande (se bifogade bilagor 3 och 4). Deltagarna har informerats om att deras deltagande i studien är frivilligt och att de när som helst har rätt att återkalla sitt medgivande i studien. Uppgifterna om deltagarna har behandlats med konfidentialitet. Vetenskapsrådet (2017) skriver att konfidentiell hantering av uppgifter innebär att skydda uppgifterna från åtkomst av obehöriga. Utifrån kravet om konfidentialitet har inspelningarna från intervjuerna transkriberats kort efter intervjutillfällena och inspelningarna raderats direkt därefter. I de fall då deltagarna lämnat uppgifter som gjort det möjligt att identifiera deras arbetsplatser har dessa uppgifter uteslutits redan i samband med transkriberingen av intervjuerna. I den skriftliga redovisningen är samtliga uppgifter presenterade på ett sådant sätt att det inte är möjligt för utomstående att identifiera deltagarna. De uppgifter som insamlats till studien har inte använts till något annat ändamål. Samtliga deltagare kommer att få möjlighet att ta del av den färdiga presentationen av studien i enlighet med rekommendation från Vetenskapsrådet (2002).

## **Resultat**

Deltagarna i studien var mellan 29 och 58 år med en medelålder på 41 år. Deltagarna bestod av yrkesgrupperna sjuksköterskor och socionomer. Socionomerna var anställda som kuratorer inom sjukvården och som socialsekreterare inom socialtjänsten. Yrkeslivserfarenheten av arbete med målgruppen i nuvarande yrkesroll varierade mellan 5 år och 39 år med en genomsnittlig tid på 11 år. Två övergripande teman identifierades i det insamlade materialet. Det första temat rör mötet mellan professionerna. Detta övergripande tema är indelat i tre

underteman: Tydlighet i ansvar och kommunikation, hantera meningsskiljaktigheter och relationella faktorer. Det andra övergripande temat är omständigheter utanför samverkan, här kallade yttre faktorer. Också detta tema är indelat i underteman vilka är: kravet på snabba utskrivningar, organisatoriska omständigheter och patienternas situationer.

Tabell 1. Teman och underteman

Huvudtema	Underteman
Möten mellan professioner	Tydlighet i ansvar och kommunikation Hantera meningsskiljaktigheter Relationella faktorer
Yttre faktorer som påverkar samverkan	Kravet på snabb utskrivningsprocess Patientens situation Organisatoriska svårigheter

## Möten mellan professioner

### Tydlighet i ansvar och kommunikation

I fokusgrupperna, liksom i de enskilda intervjuerna, diskuterades vikten av tydlighet kring respektive aktörs uppdrag och att denna tydlighet följdes av en respekt för varandras roller och uppdrag. ”Att man respekterar varandras yrkesroll. Det tänker jag också är a och o i en fungerade samverkan”, (Socialsekreterare, 2). Tydlighet beskrevs som viktig både mellan de samverkande aktörerna och gentemot patienten, att denne skulle veta vem den ska kontakta i olika ärenden. Flera deltagare uttryckte vikten av att man att man inte gick in i de övriga aktörernas ansvarsområden. Det beskrevs också som viktigt att alla parter skötte det egna uppdraget och ålagda ansvaret i samverkan. Exempelvis beskrev samtliga deltagare från slutenvården och socialtjänsten att öppenvården ofta saknades i utskrivningsprocesserna. Både på så vis att de sällan medverkade i planeringsmöten inför utskrivningar och att de inte heller deltog i planeringsarbetet i det gemensamma kommunikationssystemet. ”Jag har jobbat sedan 2015 inom socialpsykiatri och under de åren så är det ju bara... alltså på min ena hand så kan jag räkna när öppenvården har varit med på planeringsmöten när patienten har varit inneliggande, inför utskrivning”. (Socialsekreterare, 3).

*Jag tror inte de har varit med någon gång? (Slutenvården, deltagare 3)*

*Jo men det var en gång, här i vintras, våras, någon månad sen, då hade vi en. Då hade vi både en läkare och en sjuksköterska från öppenvården som kom hit och var med på ett möte. Men det var ju ovanligt. (Slutenvården, deltagare 2).*

Tydlighet lyftes fram som en viktig faktor också i kommunikationen. Särskilt viktigt var det med tydlighet i beskrivningen av hur patientens stödbehov såg ut. Att slutenvården ska förse socialtjänsten med information om patienternas behov och nedsättningar framhölls som en viktig uppgift av deltagare både från slutenvård och socialtjänst. Dels innebar detta att slutenvården, via det gemensamma kommunikationssystemet, skulle lämna information kring patienters stödbehov inför planeringar, dels kunde de ibland behöva förse kommunen med läkarintyg och diagnoser för att styrka patientens behov av vissa insatser. I de fall öppenvården deltog i planeringarna kunde de bidra med kunskap om situationen som varit innan inläggning. Det uttrycktes i slutenvårdens fokusgrupp en viss tveksamhet i hur man kunde prata med patienten kring ansökan om insatser från socialtjänsten. En deltagare beskrev en oro för att komma med falska förhoppningar till patienterna om insatser inte skulle beviljas. De beskrev också att de, gällande patientens behov av hjälp, ibland endast kan komma fram till vad patienten önskar eller upplever för behov eller att de ser behov men att patienten inte håller med om detta. En av deltagarna uttryckte att det ju inte är de som ”ska göra själva bedömningen heller” (Slutenvården, deltagare 3). En annan deltagare beskrev att ”Om patienten säger att, jag skulle verkligen vilja ha boendestöd eller någonting, då lämnar vi det där. Då gör inte vi vår bedömning” (Slutenvården, deltagare 2).

Slutenvårdens deltagare lyfte alla fram kommunikationen med socialtjänsten som positiv för samverkan. Det var uppskattat att socialtjänsten var tillgängliga i det gemensamma datasystemet för kommunikation och planering. Två av deltagarna gav uttryck för att personal från socialtjänsten ibland föregick dem med att starta planeringen och kunde kontakta avdelningen när de fått kännedom om att en patient var inlagd på avdelningen vilket uppfattades positivt av deltagarna. ”De brukar ibland höra av sig bara vi gör ett inskrivningsmeddelande, när vi inte gjort planering och fråga, hej hur tänker ni? Är det aktuellt med vårdplanering?” (Slutenvården, deltagare 3).

Flera av deltagarna lyfte att utskrivningarna fungerade bäst gällande patienter som redan var kända på socialtjänsten och som hade insatser och etablerade kontakter sedan tidigare. Utskrivningarna beskrevs då i termer av att överföra information och att återgå till tidigare stödinsatser. Dessa utskrivningar beskrevs, av deltagare från både slutenvård, öppenvård och

socialtjänst i termer av att vara enkla och minimerade behovet av samverkan. I dessa fall krävdes inte alltid någon gemensam planering utan, som det uttrycktes från en deltagare från slutenvården att, ”då kanske de bara vill ha ett datum som de går hem. Då funkar det som bäst” (slutenvården deltagare, 2). En socialsekreterare beskrev att då vårdplaneringsmöten hölls med dessa patienter syftade de till att se hur det har varit under vårdtiden och att patienten ibland kunde ansöka om någon insats under dessa möten men att den ofta skrevs ut med tidigare beviljades stödinsatser. En socialsekreterare uttryckte att det var svårare i samverkan kring patienter som inte tidigare är kända hos socialtjänsten eftersom socialsekreteraren då inte hade någon kunskap om patienten och då endast kan gå på den information som framkommer från vården och i det fallet framhölls ett läkarintyg som styrkte behovet som viktigt.

### **Hantera meningsskiljaktigheter**

Flera deltagare uttryckte att det var viktigt att inte överskrida gränser för den egna organisationens uppdrag och gav exempel på sådana situationer. Främst beskrevs detta som ett problem gällande socialtjänstens bedömning av insatser. Deltagare från både socialtjänst, slutenvård och öppenvård beskrev att det hände att deltagare från vården föregick socialtjänsten i att bedöma vilka kommunala stödinsatser en patient hade behov av och rekommenderade dessa vid gemensamma planeringsmöten. Det föreslogs att detta skulle kunna bero på att det inte är tydligt för all vårdpersonal vad deras uppgift är i planeringsprocessen. Det uttrycktes exempelvis att läkare kunde ”ordinera insatser” på vårdplaneringsmöten. När det gällde önskemål om boendeinsatser uppfattades detta som mest problematiskt. Det kunde handla både om placeringar på korttidsboenden, dvs. tillfälliga boenden med personalstöd eller om önskningar att få hjälp av Socialtjänsten att skaffa en lägenhet. En av socialsekreterarna beskrev att det blir ett problem när slutenvården påtalar patientens behov av boende utifrån att socialsekreterarna har krav på sig från sin organisation att i första hand utgå från stödinsatser på hemmaplan. Från både socialsekreterare och deltagare från slutenvård uttrycktes en åsikt att det var bra om vårdpersonal talade med patienten om myndighetsprocessen. De föreslog att vårdpersonal kunde informera om att man kan ansöka om insatser och att det är kommunen som fattar besluten. Vidare framfördes att det var bättre att fokusera samtalet på patientens behov än på vilka insatser som skulle kunna beviljas.

*Det är väl mer att bara försöka säga det; att det är kommunen som utreder. Och ser till hur det blir bäst. För vi har ju på oss det att det först och främst är*

*hemmaplanslösningar. Det är väldigt tydligt. Så det är ju inte i första hand korttidsboende som vi ska tänka. (Socialsekreterare, 1).*

Även deltagare från öppenvården hade upplevt att övriga parter kunde uttrycka åsikter om vilka öppenvårdsinsatser patienten kunde behöva. Det uttrycktes i öppenvårdens fokusgrupp att man kan lyfta en fråga men att man inte kan tala för den andra myndighetens uppdrag utan låta respektive part själva ska få göra sina bedömningar.

*Alla skulle ha utredningar och det var fel och man tyckte så mycket och det var traumaterapi och det var ditten och det var datten liksom. I stället för att fokusera på vad man själv kunde göra. För att kunna komma vidare, för att kanske kunna möjliggöra för det. Men där kunde det krocka liksom. Det är viktigt, att det är tydligt vad ens uppdrag är. (Öppenvården, deltagare 3).*

Samtidigt som deltagarna var överens om att det var viktigt att respektera varandras uppdrag beskrevs att det kunde vara svårt att hantera situationer där man hade olika åsikter. I fokusgruppen för öppenvårdspersonal uttrycktes en förståelse för att socialtjänsten har ett regelverk som de måste följa även om man ibland kunde ”tycka olika saker kring detta” (Öppenvården, deltagare 1). En deltagare från öppenvården gav exempel på ett patientärende där en person nekats att ansöka om insats med hänvisning till att denna inte fanns i organisationen. Det upplevdes då som en svår avvägning att undvika motsättningar med socialtjänsten samtidigt som deltagaren upplevde en skyldighet gentemot patienten att vara behjälplig med att bevaka rätt. Vidare lyfte personal från öppenvården fram vikten av att man inte positionerar sig i ”vi” och dem”. Exempelvis beskrevs det som viktigt att vårdpersonal som uttrycker sin syn på patientens behov håller diskussion och dialog på ett sådan sätt att man inte skapar en upplevelse för patienten av att man står på ”helt olika sidor”.

Förutom att deltagarna beskrev att det ibland fanns olika uppfattningar i sakfrågor uttryckte de att man ibland också förväntade sig att de andra parterna skulle göra mer än vad de gjorde. Några deltagare beskrev exempel på att de olika aktörerna i samverkan, inklusive dem själva, kunde ha för höga förväntningar på varandra.

*Jag tänker att det är ju från vår sida också. Att vi kan ju ifrågasätta: varför gör ni inte mer? Varför skriver ni ut personen om man ändå anser att de inte klarar sig hemma? Alltså det är ju alltid det här ständiga att man alltid tycker att*

*motsvarande part att man kan göra mer än vad de egentligen kan.*

(Socialsekreterare, 2).

Både i öppenvårdens fokusgrupp liksom i en av intervjuerna med socialsekreterarna lyftes frivillighet kontra tvång upp som exempel på område där man kunde ha felaktiga förväntningar på varandra. Socialsekreteraren uttryckte att denne ibland kunde uppleva att det fanns svårigheter för sjukvården att förstå att alla socialtjänstens insatser var på frivillig basis att det inte fanns några möjligheter för tvångsåtgärder. I öppenvårdens fokusgrupp uttrycktes just en sådan frustration. Det uttrycktes att det var svårt att socialtjänstens insatser helt byggde på frivillighet eftersom vissa personer avböjer insatser trots att de har behov. Detta beskrev kunna leda till att de försämrades i sitt mående och i förlängningen behövde tvångsvårdas inom psykiatrin. Det fanns en fundering om detta skulle kunna undvikas om socialtjänsten hade jobbat mer med att försöka motivera och skapa påtryckningar.

Samtidigt uttryckte deltagarna från öppenvården också en medvetenhet om att denna frustration kan finnas från bägge håll. De lyfte också fram exempel på en omvänd situation; att det ibland kunde ringa personal från kommunen till dem när en person försämrats psykiskt och exempelvis inte ville ta läkemedel eller på olika sätt agera ut. När patienten då inte uppfyllde kriterierna för LPT, lagen om psykiatrisk tvångsvård, kunde de i kommunen undra varför vården inte gör någonting. ”Då lär de ju tänka: vad fasen gör ni egentligen?” (Deltagare 2, öppenvården). Det beskrevs då som viktigt att ge information, förklara situationen och berätta på vilka olika sätt som mottagningen försöker att hjälpa patienten på frivillig basis. Också öppenvårdens ansvar för patienterna var ett ämne där det i intervjuerna framkom att det fanns olika förväntningar på hur detta skulle se ut. I öppenvårdens fokusgrupp framfördes att det ibland fanns förväntningar på de att de skulle ge ett större stöd till en person än vad de på mottagningen hade planerat för. Samtidigt uttryckte en av socialsekreterarna en bild av att boendestödet fick fylla ut bristen på tät uppföljningskontakt inom öppenvården.

*Pelle kommer få en tid inom två veckor eller inom en månad. Medan drömscenariot hade varit att Pelle får en tid dagen efter så att man kan fånga upp. För det är ju en stor omställning tänker jag, för brukaren att vara inneliggande, ha personal dygnet runt. Vissa har ju till och med vak på sig. Och sen kommer man hem själv till en lägenhet. Och så ska man sitta i den lägenheten i en månad och sen får man en tid till psykiatrin. Och även om personen har boendestöd som i vissa fall kan möta upp så är det ju ändå...de är ju inte utbildade läkare inom psykiatrin. (Socialsekreterare, deltagare 2).*

Också i fokusgruppen med öppenvårdens personal samtalades kring att patienten får en tid inom två veckor, men då i positiva termer som en form av trygghet inför hemgång för patienten. ”Att veta också att okej, jag är inte helt återställd men tillräckligt för att kunna gå hem men jag får komma till mottagningen på uppföljning om senast två veckor. Att man vet det, då kommer man hit.” (Öppenvården, deltagare 2)

### **Relationella faktorer**

Både inom öppenvårdens fokusgrupp och i de enskilda intervjuerna med socialsekreterarna lyftes olika aspekter av relationer inom samverkan fram. Några av deltagarna beskrev att det byggts upp relationer till de parter som ens enhet oftast samverkar med och att dessa relationer underlättar processerna. Omsättning av personal lyftes fram som en svårighet både inom socialtjänsten och öppenvården.

*Jag tycker det kan vara svårt med. Man kanske har fått en bra kontakt med socialtjänsten och någon socialsekreterare och så byts det ut väldigt ofta så man vet inte vem är det nu. Och så har vi gamla uppgifter. Och så får man ringa till något dagansvar för att kolla vem. Så det är hela tiden det här att försöka skapa nya relationer. (Öppenvården, deltagare 2)*

Ett par av socialsekreterarna framförde att det hade varit positivt att ha samverkansformer utanför individärendena där man kunde utbyta information och kunskap i syfte att skapa relationer och lära sig mer om varandras roller och uppdrag. En av deltagarna från öppenvårdens lyfte fram den roll som relationen mellan patient och personal spelar i utskrivningarna. Relationen till boendestödjare eller annan personal fördes fram som viktigt och att det ger trygghet när man vet vart man kan vända sig.

*”Det som är avgörande för de där sjukdomen är kronisk, det är ju relationen med några personer, antingen med boendestöd som man känner som är en trygghet eller någon personal som står kvar. Det tappar man ju idag. Relationen räknar man ju inte idag som någonting bärande. Utan det är liksom behandlingsformer eller ja vad det nu kan vara. Men det är väl i alla fall min erfarenhet. Känner man förtroende så blir man väldigt trygg med det. En personal kanske som man har känt sen tidigare. Det är tryggt att veta vart man kan vända sig.” (Öppenvård, deltagare 3).*

## Yttre faktorer som påverkar samverkan

### Kravet på snabba utskrivningsprocesser

*Alltså eftersom den här lagen om utskrivning kom till för några år sen och att det då minskade att gå från 30 dagar till 3, där socialtjänsten då har tid på sig att sätta igång ev. insatser och så och att saker ska vara samordnade. Jag tror att den processen kan gå ganska fort beroende på såklart varför man har blivit inskriven och hur länge man har varit inneliggande och så.*

(Socialsekreterare,3).

Både deltagare från slutenvård och socialtjänst lyfte faktorer kopplade till kraven på snabba utskrivningsprocesser som försvårande i samverkan. I slutenvårdens fokusgrupp beskrevs problematiken i förhållande till uppgiften att kartlägga patientens stödbehov inför planeringen. De upplevde att de behövde skynda att ta reda på patientens behov för att kalla till vårdplanering. Det kunde också vara svårt att hinna sitta ner med patienten och prata igenom dennes stödbehov för att kunna fylla i underlaget inför vårdplaneringen. Det uttrycktes att man måste ha pratat mycket med patienten för att kunna få en uppfattning av hemsituationen vilket upplevdes som en svårighet i relation till att hinna få till en planering inför utskrivningen. Två av socialsekreterarna förde fram att det fanns ont om tid för dem att kunna utreda patienters behov på.

*Nu är Kalle färdigbehandlad. Han är liksom...det finns inget fog för att han ska vara kvar. Nej men då får ni ju skriva ut honom i så fall. Men jag är inte klar med min utredning. Så det är ju där också att det krockar utifrån... ja rutiner. Och att vi har en viss handläggningstid.* (Socialsekreterare, deltagare 2)

Samtidigt som socialsekreterarna beskrev svårigheter att hinna utreda patientens situation beskrev deltagarna från sjukvården fram den vikt som en tydlig planering inför utskrivning hade för patienten. Deltagarna från öppenvården lyfte fram att det var viktigt att patienten fick veta vad som beslutats innan utskrivning och inte bara att dennes ansökan hade mottagits och en hänvisning till utredningstid. Det fanns en upplevelse om att oklarhet kring detta skapade oro hos patienten. Samtidigt uttrycktes en förståelse för att det var svårt organisatoriskt för socialtjänsten att kunna möta detta. Slutenvårdspersonalen uttryckte att processen underlättades för patienten om de kunde få ett datum på när insatser kan starta.

*Ju bättre kontakt man har under tiden, ju bättre blir det ju för patienten också att det finns tydlighet så de slipper fråga och vi säger: ”vi vet inte, vi har inte*



*hört något, vi väntar”. Bara man får lite, något datum att förhålla sig till, så är det lättare.” (Slutenvården, deltagare 2)*

Utöver att det upplevdes som stressigt att få till en planering inför utskrivningen lyfte flera deltagare också svårigheter med att få insatser att kunna komma i gång tills dess patienten ska skrivas ut. Framför allt insatsen boendestöd beskrevs av deltagarna ha en lång uppstartstid. Både öppenvård och socialtjänst beskrev hur det ibland kunde ta veckor eller månader innan denna insats startade. Ansvar för detta låg hos utförarna av boendestödet och socialsekreterarna beskrev att detta låg bortom vad socialsekreterarna kunde påverka. Det uttrycktes att detta påverkade patienterna negativt och det fördes fram en risk för att det kunde leda till att patienten hann bli inlagd på nytt innan insatserna startade. En av socialsekreterarna lyfte fram ett exempel där en person fick vänta länge på boendestöd vilket också ledde till problem i kontakten med vården utifrån dennes svårigheter att sköta sådana kontakter. Vilket i sin tur ledde till att patientens mående försämrades. Svårigheter att få till insatser var en omständighet som uppfattades ligga bortom samverkan men som försvårade resultaten.

*Ja, jag tänker vårdplaneringar, bedömningar, allting kan ju gå fint och bra men sen så kommer inte insatserna till så fort man önskar. Då, för patienten, kanske det inte blir bra första tiden efter utskrivning oavsett hur bra vi än samverkar. (Socialsekreterare, deltagare 1).*

### **Patientens situation**

I samtalen framkom också svårigheter som hörde samman med patientens situation och kunde ha svårigheter inom flera olika livsområden.

*Främst också för att det ofta är personer som är ganska utsatta. Ofta saknar de boende, de har ingen fungerande ekonomi, de kanske har ett aktivt missbruk eller har genomgått en abstinensbehandling och så ska det leda till att de får stöd att upprätthålla nykterheten. (Socialsekreterare, deltagare 3).*

Bostadslöshet beskrevs som svårt och komplext både av slutenvårdspersonal och av socialsekreterare. Det uttrycktes att det idag nästan inte finns någon hjälp att få från socialtjänsten kring boenden och att det upplevdes som svårt när personer hänvisades till att bo på vandrarhem.

*Ibland är det ju personer som har behov som inte kan täckas liksom. Ja, de matchar inte, det finns inte något exakt jättebra. Inga bra insatser eller det blir*

*vandrarhem som blir lösningen. Det är väl aldrig någon som är riktigt nöjd med det. Det känns ju aldrig som en bra lösning. (Slutenvården, deltagare 1).*

Vissa personer kunde också ha en problematik som gjorde att planeringsprocesserna blev svårare och där det ibland skrev ut sig själva innan planeringen var färdig. Eller bröt mot regler och blev utskrivna i förtid. För att sedan skrivas in på nytt så att planeringen fick börja om. Patienters livssituationer kunde också göra det svårt i verkställandet av insatser. ”Eller personer som inte har någon telefon och öppnar inga brev... och ja självklart att vi kan ju bevilja insatsen men det är ju svårt för boendestödet att verkställa den när man inte har några som helst kontaktvägar.” (Socialsekreterare, 2).

### **Organisatoriska svårigheter**

I intervjuerna framkom att utskrivningsprocesserna inte bara påverkas av samarbetet mellan organisationerna utan också ibland också inom respektive en organisations olika enheter. I slutenvårdens fokusgrupp framkom att samverkan mellan somatiska och psykiatriska avdelningar kunde skapa hinder i samverkan kring patienters utskrivningar. Ett exempel på detta lyftes fram där det gällde en patient som hade flyttats från somatisk vårdavdelning till psykiatrisk. I utskrivningsprocessen hade socialtjänsten tryckt på behov av information kring planeringen gällande det somatiska tillståndet. Något som psykiatrins personal inte kunnat svara för. Den somatiska vårdavdelningen hade därför ombetts medverka i planeringen men uteblivit i processen. Resultatet hade blivit en utdragen planeringsprocess med socialtjänsten vilket uppfattades ha lett till oro för patienten. En av socialsekreterarna lyfte fram att det också kunde vara ett problem med samverkan mellan psykiatri och beroendevård. ”Om man tänker inom psykiatri och beroendevården. Det har ju funnits exempel där psykiatrins öppenvårdsmottagningar hänvisar till att personen har en beroendeproblematik medan beroendevården tycker att det primära problemet är personens psykiatriska tillstånd.” (Socialsekreterare, deltagare 3).

Också inom socialtjänsten lyftes fram av flera av deltagarna att den interna samverkan kunde brista och skapa svårigheter. En av socialsekreterarna beskrev det som komplext när en patient var bostadslös vilket hanterades av ”vuxenheten” medan funktionsstöd ansvarade för stöd utifrån funktionsnedsättning och att de då behövde komma överens om vem som skulle ansvara för vad. Deltagare från såväl slutenvård, öppenvård och socialtjänst lyfte fram svårigheter när en person har ekonomiskt bistånd. En svårighet var att dessa oftast inte deltog i det gemensamma kommunikationssystemet eller på planeringsmöten inför utskrivningar.

Det lyftes också fram en upplevelse av att socialsekreterarna på ekonomiskt bistånd ställde större krav på patienterna än vad dessa klarade av gällande att inkomma med underlag till sina ansökningar. Deltagare från öppenvården upplevde att det därför blev deras ansvar att hjälpa patienterna med detta. Det beskrevs som att det "blev ett glapp i den här självständighets principen" (deltagare 1, öppenvård). Också en av socialsekreterarna som medverkade i studien beskrev samma problematik.

*För ofta så har tex. försörjningsstöd kanske inte alltid har kompetens kring vad det innebär med ett visst typ att tillstånd, vilka funktionsnedsättningar det innebär och då ställer man för högra krav på klienten att inkomma med underlag som de inte kan och då får de avslag men det handlar inte om en ovilja utan det handlar om en oförmåga. Det blir ju också jättestor problematiskt.*

(Socialsekreterare, deltagare 3)

En av deltagarna i öppenvården gav uttryck för att uppdelningen inom socialtjänsten i sig kunde skapa behov av ett SIP-möte även om detta behov inte framkommit i övrigt.

*Det blir väldigt tydligt att socialtjänsten som man kanske ska se som en enhet, egentligen i praktiken, inte är en enhet för de vet inte vad gör ni där och vad gör ni där. Och det tycker jag verkligen, att det är ju ett annat hinder som inte vi kan påverka men det är ändå något i samverkan som på något sätt försvårar. Det blir för patienten, tänker jag, väldigt rörigt. För jag tycker ibland att i alla situationer behöver det inte till ett SIP-möte utan man kan samverka på andra sätt. Men i och med tex. sekretessen så behöver man nästan, få till någonting för att alla ska veta om varandras roller på något sätt. (Öppenvård, deltagare 1).*

Inom öppenvårdens fokusgrupp lyftes frågan kring de resurser som krävs för samverkan. Det uttrycktes att det var viktigt att mötet var väl förberett och att anledningen till mötet skulle styra vilka som deltog. Det framhölls som viktigt att respektive aktör löste frågor som inte var aktuella att samverka kring i andra forum. Som exempel på sådana frågor kunde vara patientens ekonomiska situation eller frågor om medicinering. Det sågs också som problematiskt för patienten att det deltog för många personer under ett samverkansmöte utifrån att det blev ett utsatt läge för dem. Det framfördes också att patienterna ofta inte kom ihåg vad som sagts under möten med för många personer.

*Det går åt mycket resurser. Som ibland inte är befogat att ha alla deltagande men när det inte fungerar på alla håll, så blir det ju liksom draget över alla att*

*man har den här formen. Och ibland så pratar man ju tex. om den ekonomiska biten eller så som man kanske egentligen inte alls kan påverka, kan inte göra något åt. Väldigt onödigt att sitta med i. Det kan man ju avhandla för sig. Det kan ju bli, tycker jag, en onödig process att försöka samlas kring som alla inte är involverade i. Man får försöka göra sina bitar och när man sen har gjort det, då kan man samlas. (Öppenvården, deltagare 3)*

## **Diskussion**

Studiens syfte var att studera samverkan mellan slutenvård, öppenvård och socialtjänst i samband med utskrivningar från psykiatrisk slutenvård. Forskningsfrågorna var hur personal inom dessa verksamheter ser på hindrande respektive främjande faktorer i samverkan och hur de upplever att utskrivningarna blir för patienterna. Två fokusgrupper med personal från psykiatrisk sluten- respektive öppenvård genomfördes och tre enskilda intervjuer med socialsekreterare som arbetar med handläggning av insatser till målgruppen. Studiens resultat visar att underlättande faktorer för samverkan är när det finns en tydlig kommunikation mellan parterna, inte minst när det gäller slutenvårdens beskrivning av patientens behov och situation inför utskrivningsplaneringen. Det fanns en upplevelse att utskrivningarna blev mer välfungerande för personer som redan var aktuella inom socialtjänsten och hade beviljade insatser sedan tidigare. Det underlättade även när det fanns upprättade relationer mellan de samverkande aktörerna sedan tidigare.

En annan viktig faktor är att det är tydligt vilket uppdrag och ansvar respektive aktör har i samverkan och att man respekterar varandras uppdrag och beslut. Omvänt kunde brister i kommunikationen, otydlighet i roller och brist på respekt för varandras uppdrag utgöra hindrande faktorer. Deltagarna beskrev det också som försvårande att man ibland hade ömsesidiga för höga förväntningar på varandra, att man önskade att den andra parten skulle göra mer för patienten. Även en del yttre faktorer beskrevs som försvårande i samverkan. Dels beskrev många kraven på en snabb utskrivningsprocess som försvårande ur flertalet aspekter. Detta krockade många gånger också med att insatser inte kunde starta i tid vilket beskrevs som problematiskt då patienten inte fick det stöd den behövde efter utskrivning.

Sammanfattningsvis ligger denna studies resultat i linje med tidigare studier som konstaterar att samverkan är svårt, både rent allmänt (Huxham, 2003, Andersson mfl., 2011), men även mer specifikt mellan psykiatri och socialtjänst (Matscheck mfl 2019, Matschek & Piuva 2020)

som, utifrån granskning av dokumentering av samordnade individuella planer funnit att det i planerna saknas information om långsiktiga mål liksom om den enskildes önskemål. I denna studies resultat framkom att det inte bara var samverkan mellan de inblandade aktörerna som var komplex utan att det också fanns flertalet försvårande omständigheter i de sammanhang som utskrivningarna äger rum inom. Detta skulle kunna förstås som en indikation på att utskrivningarna från psykiatrisk slutenvård utförs utifrån en rad strukturella och organisatoriska faktorer som bygger in svårigheter i samverkansprocessen. Exempel på detta kunde vara bristande samverkan inom de egna organisationernas olika enheter så som mellan psykiatrisk och somatisk vård eller mellan de olika enheterna inom socialtjänsten. Inom socialtjänsten utgjorde även sekretess mellan enheterna en försvårande omständighet i samverkan. Samverkan kunde också upplevas som svår utifrån patienternas livssituationer, ex vid bostadslöshet. Framför allt lyfte deltagarna fram kravet på en skyndsam utskrivning som problematiskt då insatsen boendestöd som oftast beviljades målgruppen många gånger hade en lång uppstartstid. Detta gjorde att patienter, trots samverkan inför utskrivningar, inte kunde få stöd första tiden efter utskrivningen. Även om studien avhandlat professionellas syn på samverkan vid utskrivning och deras bild av hur utskrivningar blir är det viktigt att minnas att utskrivningarna inte bara är en utskrivning mellan de olika organisationerna utan också med den enskilde patienten.

### **Interprofessionella möten som samverkansform**

Samverkan mellan organisationer kan se ut på flera olika sätt med olika grad av komplexitet och samarbete mellan aktörerna vilka av Andersson mfl. (2011) beskrivs utifrån en skala från den enklaste formen av samverkan, informationsöverföring till komplexa system med gemensam budget. På skalan som gjorts utgör den tredje nivån av komplexitet och integrering av det som kallas för interagency meetings, dvs interprofessionella möten mellan de samverkande aktörerna. Matscheck & Piuva (2019) skriver att SIP utgör ett exempel på denna form av samverkan. Den samverkan som beskrivits av deltagarna i studien förefaller också till stor del ha haft formen av interprofessionella möten oavsett om dessa utgjorts av SIP eller andra typer av möten så som avstämningsmöte inför utskrivningar eller vårdplanering enligt den modell som tillämpades när samverkan vid utskrivningar skedde utifrån den tidigare betalningsansvarslagen (SKL, 2018, Lofström mfl., 2019).

Delar av samverkan som beskrivs av deltagarna i studien utgörs också av informationsöverföring, ex via det gemensamma kommunikationssystemet. I intervjuerna i denna studie fanns beskrivningar att samverkan vid utskrivning upplevdes fungera bäst när

patienter redan var kända inom Socialtjänsten och redan hade pågående insatser. Detta innebar att Socialtjänsten inte var lika beroende av slutenvårdens beskrivning av patientens funktionsförmåga då insatser och viss personkännedom fanns sedan tidigare. I dessa fall upplevdes samverkan som enkel och smidig samtidigt som det framkom att behovet av att samverka i dessa fall egentligen var ganska begränsat och att det verkade handla om en enklare form av informationsöverföring. Den lägre grad av komplexitet och integrering (Axelsson, 2011) i informationsutbyte mellan organisationer kan förklara varför denna form av samverkan upplevdes som mer välfungerande än utskrivningsprocesser där samverkan krävde större insatser från vardera part. Något som också kan förstås utifrån den tidspress som deltagarna beskrivit i utskrivningsprocesserna. Matschek och Piuva (2020) beskriver att SIP blivit den modell som används utifrån att denna är en enklare modell än mer integrerade samverkansmodeller som visat sig framgångsrika i arbete med personer med komplexa behov. Detta utifrån att mer omfattande samverkansformer är resurskrävande och därför inte kan erbjudas till lika många personer. Studien (Matschek & Piuva, 2020) ställer sig dock frågande till om SIP är en för enkel lösning på ett komplext problem.

### **Gemensamma målsättningar för samverkan**

Huxham (2003) beskriver att gemensamma och tydligt uppsatta mål ofta ses som en grundläggande förutsättning för att en samverkan ska fungera. I praktiken kan detta dock vara svårt då målen som är uppsatta för samverkan kan skilja sig åt från målen som organisationer och individer har i en samverkan. Skapandet av mål påverkas också av faktorer så som språkliga och kulturella skillnader i de olika organisationerna. I en samverkan vid utskrivning beskriver samverkanslagen (SFS 2017:612) att patienter ska få en trygg och säker utskrivning från slutenvård och kunna få sina behov av vård och omsorg tillgodosedda efter utskrivning liksom att patienter ska kunna lämna sjukhet när de är medicinskt färdigbehandlade. Dessa mål skulle därmed kunna ses som en beskrivning av det uttalade målet för samverkan vid utskrivningarna. Däremot kan förståelsen av vad som ligger i dessa begrepp variera och språkliga så väl som skillnader inom organisationer eller individer kan göra att denna beskrivning kan betyda olika saker. Vad är en trygg och säker utskrivning? För patienten kanske en trygg utskrivning skulle innebära att få bo i någon form av stödboende med personaltillgång för att slippa vara ensam. För personal kanske en trygg och säker utskrivning kan innebära att patienten i stället beviljas insatser i hemmet.

Utöver den gemensamma målsättningen för en samverkan kan de olika organisationerna ha olika målsättningar (Huxham, 2003). Ett exempel på detta ses i resultatdelen där en

socialsekreterare lyfter fram som problematiskt när vården skapat förväntningar hos en patient om att den kan beviljas någon boendeinsats eftersom Socialtjänsten från sin organisation har ett krav på sig att i första hand utgå från lösningar i patientens egen bostad. Vårdpersonal kanske i stället vill minska risken för återinläggningar och försämrat psykiskt mående och ser boende med stöd som en underlättade faktor för detta, särskilt om detta är vad patienten själv upplever sig vara i behov av. De målsättningarna som finns i ensamverkan vara såväl uttalade som outtalade. Att mål inte uttalas kan bero antingen på att de är tagna för givna eller för att de är medvetet dolda. Både individuella och organisatoriska målsättningar som finns kan vara outtalade (Huxham 2003). Att deltagarna i intervjuerna beskrev att det i samverkan ibland fanns orimliga förväntningar på vad övriga parter kunde göra för patienten skulle kunna bero på att det i samverkan finns outtalade målsättningar. Exempelvis när deltagare från öppenvården ger uttryck för att övriga aktörer, inkluderat patienten, förväntar sig ett större stöd från dem än vad de som mottagning planerat för patienten kanske detta kan bero på olika uppfattningar om vad målet med samverkan är. Exempelvis kanske inte öppenvården anser att en psykiatrisk behandling är det mest prioriterande i situationen. De kanske anser att patienten först behöver få en stabil och meningsfull social tillvaro innan det ev. kan bli aktuellt med vidare psykiatrisk behandling alternativt har en uppfattning om att ett mer omfattande psykiatriskt stöd inte är aktuellt utan att en patient främst behöver socialt stöd för att kunna leva med sin psykiska sjukdom och ändå uppnå levnadskvalitet. Samtidigt kanske socialtjänsten ser det som att patienten har en stor psykiatrisk sjuklighet eller har försämrats i sitt psykiska mående och då utgå från att personen behöver ytterligare psykiatrisk behandling. Om dessa skilda uppfattningar inte blir kommunicerade, antingen för att de antas vara självklara för samtliga parter eller för att de medvetet döljs av någon anledning, kan man förstå att det kan leda till frustration och resultera i frågor som, varför gör ni inte mer?

### **Makt och brukarmedverkan**

Som tidigare beskrivits så har studiens fokus inte varit att beskriva samverkan utifrån ett patient/ brukarperspektiv utan utgått från de professionellas perspektiv. I praktiken, i en utskrivning, är dock den enskilde vars liv samverkan handlar om, naturligtvis en central samverkanspart. Samtidigt behöver en medvetenhet finnas om att maktperspektivet gör att den enskilde inte är en part som deltar i samverkan på samma villkor som övriga parter. Forskning visar att brukarmedverkan i samverkan kan vara problematiskt. Ett exempel på detta beskrivs i Matschecks och Piuvas (2021) studie där socialsekreterare beskrivit svårigheter i att planera insatser tillsammans med de enskilda personerna eftersom den hjälp som de efterfrågar inte alltid överensstämmer med de regler som de har att förhålla sig till i

sitt yrkesutövande. Också Jørgensen m.fl. (2022) har funnit resultat som visar på att brukarmedverkan kan vara svår. I en studie har de undersökt samverkansmöten inför utskrivningar från psykiatrisk slutenvård utifrån frågeställning om dessa möten haft fokus på återhämtning. Resultatet visade på att personal som deltagit upplevde att de arbetade återhämtningssinriktat medan patienterna inte upplevde att mötena hade handlat om frågor som var viktiga för dem ur ett återhämtningsperspektiv utan i stället kretsat kring praktiska frågor. Studiens slutsats är att professionella styrs av strukturella faktorer och arbetssätt som är gällande på deras arbetsplats och att patienterna reduceras till att bli personer med psykisk sjukdom för att matcha de stöd och behandlingar som kan erbjudas med syfte att denna ska bli oberoende av vården. En av studiens slutsatser är att synen på återhämtning måste ändras från den nuvarande fokuset att de ska uppå självständighet från vården till att i stället utgå från det som de enskilde upplever som viktiga mål i sin återhämtning (Jørgensen m.fl. 2022). Också i denna studie beskrev en av slutenvårdens deltagare gällande patienters hemlöshet att det är svårt när patienterna har behov som inte matchar med befintliga insatser.

Huxham (2003) beskriver att det ofta uppfattas att den som styr över ekonomin i en samverkan är den som har makten men att det finns ytterligare faktorer som påverkar maktfördelningen inom ramen för teorin om samverkans fördelar. Huxham menar dock på att bilden är mer komplex än så och att en rad olika faktorer påverkar maktfördelningen. Utöver att de professionella har beslutsmandatet i samverkan med den enskilde finns även andra maktfaktorer som att styra över vem som leder mötet, vad samverkan ska handla om liksom mötets tid och plats (Huxham 2003). Den enskilde kan utifrån detta hamna i ett makt underläge även utifrån andra aspekter än enbart att de professionella styr över ekonomin, beslutsfattandet om de professionella också tillåts sätta upp agenda för mötet och i övrigt planera samverkan. Även de deltagande individerna påverkar maktförhållandet i samverkan (Huxham 2003). I denna studies resultat beskrivs hur patienternas problematik kan göra det svårt för dem att delta i planeringsprocesserna. Exempelvis lyfts fram att patienter kan ha en samsjuklighet med både missbruk och psykisk ohälsa och att de kan ha svårigheter inom flera olika livsområden. Dessa faktorer liksom att patienter som ska skrivas ut ur psykiatrisk slutenvård befinner sig i en sårbar livssituation behöver beaktas av de professionella i en samverkan. Samtidigt som Huxhams (2003) beskrivning av maktfaktorer kan visa på olika sätt som den enskilde kan hamna i underläge kan dessa också ses utifrån det omvända, som möjligheter att ge vissa maktfaktorer till den enskilde för att jämna ut maktbalansen i mötet trots att de professionella i slutändan har beslutsmandatet i fråga om rätten till vård- och



stödinsatser. En samverkansprocess enligt SIP ger möjlighet att låta den enskilde påverka var och när mötet ska äga rum. I intentionen för SIP ligger också att den enskilde ska bestämma vilka mål och frågor som är viktiga för denna. Jones, Knutsson och Schön (2022) har studerat hur svårigheterna gällande brukarmedverkan och samordnad vård i SIP och funnit att ett första steg i en sådan utveckling är att SIP används som en långtgående process i stället för att ses som ett mötestillfälle.

### **Tillitsfulla relationer**

Flera av deltagarna lyfte upp aspekter kopplade till relationer i samverkan. Dels utifrån att samverkan med aktörer som de ofta samarbetade med, ex. utifrån geografiska upptagningsområden underlättade processerna eftersom man byggt upp relationer till dessa. I intervjuerna med socialsekreterarna framkom också upplevelser av att samverkan med syfte att skapa relationer och förståelse mellan de olika aktörerna hade varit bra, exempelvis i form av gemensamma träffar där man fick kunskap och information om varandra för att skapa förståelse. Att relationen mellan enskilda yrkesverksamma är viktigare än formaliserade verktyg ligger i linje med Nicaise m.fl. (2021) studie av nätverk av olika organisationer inom psykiatri i Belgien. Både Huxham (2003) och Andersson m.fl. (2011) beskriver vikten av att bygga upp tilliten mellan samverkansaktörerna men att detta kan ta tid. Inledningsvis kan samverkan präglas av en misstänksamhet snarare än tillit (Huxham, 2003). Gällande tillit skriver Huxham att detta, precis som gemensamma mål, ofta ses som en förutsättning i en samverkan men att det ofta snarare finns en misstänksamhet mellan deltagarna i början av ett samarbete. Detta eftersom de oftast inte själva valt vilka de ska samarbeta med. Vikten av att arbeta på att bygga upp tilliten mellan parterna lyfts därför fram (Huxham, 2003). Andersson m.fl. (2011) beskriver att när tillit saknas i ett samarbete kan ett tillstånd uppstå där aktörerna bevakar de egna organisationernas intressen vilket kan leda till konflikter och maktkamp. Det poängteras att det tar tid att bygga upp tillit och att det därför är bra att sträva efter en stabilitet kring vilka som deltar i samverkan.

Samverkan vid utskrivningarna involverar flertalet olika aktörer och individer och innebär korta kontakter. De relationer som av deltagarna lyftes fram som främjande var relationer till andra professionella som de samverkat med i flera olika individärenden eller sammanhang. Precis som Matscheck och Piuva (2022) beskriver att SIP inte skapar något bestående samverkan över tid utan i stället utgör kortare kontakter förhåller det sig med samverkan vid utskrivningarna. De är tillfälliga kontakter och det finns därför inte möjlighet till kontinuitet och att bygga upp tilliten på det sätt som Andersson m.fl. (2011) och Huxham (2003)

beskriver är viktigt för att skapa tillitsfulla relationer. Undantaget är i de fall som några av deltagarna beskriver om samma personer ofta samverkar med varandra via flera individärenden eller i andra former. Utifrån detta kan förstås att det sannolikt ofta saknas tillit till de övriga aktörerna i samverkan vid utskrivningarna vilket enligt Andersson m.fl. (2011) kan leda till en maktkamp där individerna bevakar den egna organisationens intressen. Exempelvis skulle deltagarnas upplevelser av brist på respekt för varandras yrkesroller kunna vara ett resultat av bristande tillit.

### **Samverkan under komplexa omständigheter**

Förutom att samverkan i allmänhet är svårt och tar resurser är utskrivningsprocesserna också omgivna av flertalet yttre faktorer som skapar förutsättningar som samverkan utförs i. Flera av deltagarna lyfte fram att utskrivningsprocesserna ibland upplevdes som stressiga relaterat till kravet på snabba utskrivningar och bestämmelserna i lagen om samverkan vid utskrivning (SFS 2017: 612). Dels ledde detta till stress för alla parter att hinna med sin del av ansvaret i utskrivningsprocesserna samtidigt som det fanns problem med att patienter många gånger fick skrivas ut utan att stödinsatser kunnat komma igång. Det kunde i vissa fall dröja lång tid innan insatser kunde komma i gång. Även samverkanssvårigheter inom respektive organisation, så som mellan psykiatrisk och somatisk vård eller mellan psykiatri och beroende eller mellan de olika enheterna inom socialtjänsten kunde ytterligare komplicera samverkansprocesserna vilket skapade problem utifrån att patientgruppen många gånger hade svårigheter inom flera livsområden och därav kontakt med många olika instanser. En del av studiens deltagare lyfte också fram svårigheter hos patienten och dennes livssituation som försvårande både i planeringen av insatser liksom senare verkställigheten av beviljade insatser. Även begränsade resurser kan antas vara en försvårande faktor i utskrivningarna. Exempelvis lyfte deltagare från både socialtjänst och slutenvård fram att öppenvården ofta uteblev i planeringarna inför utskrivningarna. Ingen förklaring till varför det såg ut på detta sett kom fram i studien. Dock visar Myndigheten för vårdanalys (2020) granskning av utskrivningar från psykiatrisk vård (2020) att långa väntetider inom öppenvårdsmottagningarna utgör ett problem vid utskrivningarna. Likaså visade granskningen också på att steget mellan öppen- och slutenvård upplevdes vara för stort och att personal såg ett behov av integrering mellan öppen- och slutenvård och mellanvårdsformer som ex mobila team eller dagvård.

### **Samverka när man måste**

Huxham (2003) skriver att samverkan, eftersom det är krävande, bara ska göras när man verkligen måste. Om det finns något annat sätt än att samverka ska detta väljas i stället. Kommun och sjukvård kan inte välja bort att samverka med varandra eller med den enskilde personen då denna samverkan är lagstadgad. Som beskrivits i bakgrunden bygger dock den nuvarande lagstiftningen, till skillnad från den tidigare betalningsansvarslagen, på att varje enhet själv planerar för sina respektive insatser inför en patients utskrivning och att det gemensamma mötet därefter handlar om samordning av dessa insatser. I de fall samverkan vid utskrivningar utförs enligt denna modell skulle kontakterna innan utskrivning främst handla om informationsöverföring vilket av deltagarna lyfts fram som den samverkan som upplevts fungera bäst inför utskrivningarna.

I studien kom fram att deltagare från öppenvården upplevde att samverkan var resurskrävande och framhöll att det var viktigt att vardera parten först gjorde sina uppgifter med patienten så att mötet kunde fokuseras på frågor som de närvarande var involverade i. Utifrån Huxham (2003) kan fokus på att gemensamma möten förstås som att undvika att man ska samverka om frågor som inte rör samordning av aktörernas insatser utan som enskilt berör den ena partens ansvar. En tydlighet kring detta skulle kanske kunna hjälpa det upplevda problemet att aktörer inte respekterade varandras yrkesroller då ex. socialtjänstens beslut om insatser skulle vara beslutade inför ett samverkansmöte. Sammanfattningsvis ligger studiens resultat i linje med Matscheck och Piuva (2021, 2022) och Jones m.fl. (2022) som ställer frågan om SIP är en för enkel samverkansmodell för att kunna möta målgruppens komplexa behov.

## **Slutsatser**

Studiens slutsats är att samverkan vid utskrivningar från psykiatrisk slutenvård är svårt utifrån att relationer i samarbetet inte kan byggas över tid vilket skulle kunnat underlätta gemensamma målsättningar, kommunikation och tillit. Utöver att samverkan i sig är svårt omges utskrivningarna också av komplexa omständigheter så som patienters samsjuklighet och svåra livssituationer, bristande resurser och organisatoriska ramar. Även kraven på snabba utskrivningar skapar svårigheter då deltagarna vittnade om att beviljade insatser inte kunde starta förens ibland en lång tid efter utskrivningarna.

Då studien haft en begränsad omfattning skulle ytterligare forskning kring samverkan vid utskrivningar från slutenvård behöva göras där professionellas bild av utskrivningarna kompletteras med intervjuer med personer som har egen erfarenhet av

utskrivningar från psykiatrisk slutenvård. Om ytterligare forskning ligger i linje med denna studies resultat finns anledning att fråga om stödet som erbjuds målgruppen vid utskrivningar från slutenspsykiatrisk vård kan vara undermåligt. Exempelvis att boendestöd inte kan komma i gång i samband med utskrivningarna utan först en tid efter. En annan faktor är om det finns tillräckligt god tillgänglighet inom den psykiatriska öppenvården och om det behövs övergångsformer mellan sluten- och öppenvård vilket tidigare resultat från myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020) visat på. För saknas tillräckliga resurser att möta målgruppens behov blir det som socialsekreteraren i studien uttryckte det kanske inte bra för patienten första tiden oavsett hur bra samverkan än fungerat.

## Referenslista

- Andersson J, Ahgren, B., Axelsson, S.B., Eriksson, A. & Axelsson, R. (2011) Organizational approaches to collaboration in vocational rehabilitation—an international literature review. *International journal of integrated care* Vol. 11.
- Bergmark, M., Bejerholm, U. & Markström, U. (2017). Policy changes in community mental health: Interventions and strategies used in Sweden over 20 years. *Social policy & Administration*. Vol 51. Pp 95-113.
- Bryman, A. (2016). *Samhällsvetenskapliga metoder* (upplaga 3). Liber.
- Etikan, I., Musa, S.A. & Alkassim, R.S (2016) Comparison of Convenience Sampling and Purposive Sampling. *American Journal of Theoretical and Applied Statistics*. Vol. 5, No. 1, 2, s. 1-4. Doi: 10.11648/j.ajtas.20160501.11
- Haglund, A., Lysell, H., Larsson, H., Lichtenstein, P. & Runesson, B (2019) Suicide immediately after discharge from inpatient care: A cohort study of nearly 2,9 million discharges. *J clin psychiatry* 80:2. Doi: <https://doi.org/10.4088/JCP.18m12172>
- Hedberg Rundgren Å., Klinga C, Löfström M. och Mossberg L.(2022) Inledning I: Hedberg Rundgren Å., Klinga C, Löfström M. och Mossberg L. (red.) *Perspektiv på samverkan. Om utmaningar och möjligheter i välfärdens praktik*. (1:a upplagan, s. 53-72). Studentlitteratur.
- Huxham C. (2003) Theorizing collaboration practice, *Public Management Review*, 5:3, 401-423, DOI: 10.1080/1471903032000146964.
- Jones, A., Knutsson, O & Schön, U-K. (2022) Coordinated individual care planning and shared decision making: staff perspectives within the comorbidity field of practice, *European Journal of Social Work*, 25:2, 355-367, DOI: 10.1080/13691457.2021.2016649
- Jørgensen, K.; Andreasson, K.; Rasmussen, T.; Hansen, M.; Karlsson, B. (2022) Recovery-Oriented Cross-Sectoral Network Meetings between Mental Health Hospital Professionals and Community Mental Health Professionals: A Critical Discourse Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19, 3217. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063217>.
- Källmén H., Hed, A. & Elgán, H. T. (2017). Collaboration between community social services and healthcare institutions: The use of a collaborative individual plan. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, Vol. 34(2) 119–130. DOI: 10.1177/1455072517691059
- Litosseliti, Lia.(2003) *Using Focus Groups in Research*, Bloomsbury Publishing Plc, 1:a upplaga.
- Löfström, M., Nilsson, V. & Jensen, C.(2019) *Implementering i och av samverkan – om att genomföra lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården*. KFI rapport, nr 153. Kommunforskning i Västsverige.
- Matscheck, D., Piuva, K., Eriksson, L. & Åberg, M. (2019) The Coordinated Individual Plan – is this a solution for complex organizations to handle complex needs?, *Nordic Social Work Research*, 9:1, 55-71, DOI: 10.1080/2156857X.2018.1489886
- Matscheck, D., & Piuva, K. (2020). Integrated care for individuals with mental illness and substance abuse – the example of the coordinated individual plan in Sweden. *European Journal of Social Work*, 1–14. <https://doi.org/10.1080/13691457.2020.1843409>

Matscheck, D., & Piuva, K. (2021). In the centre or caught in the middle? – Social workers' and healthcare professionals' views on user involvement in coordinated individual plans in Sweden. *Health & Social Care in the Community*, <https://doi.org/10.1111/hsc.13311>

Matscheck, D. & Piuva, K. (2022). Jakten på en fungerande modell- samverkan kring personer med psykisk ohälsa och/eller missbruk. I Å: Hedberg Rundgren, C. Klinga, M. Löfström, och L. Mossberg (red.) *Perspektiv på samverkan. Om utmaningar och möjligheter i välfärdens praktik*. (1:a upplagan, s. 53-72). Lund: Studentlitteratur.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020). *Laga efter läge*. Rapport 2020:4

Nicaise, P., Grard, A., Leys, M., Van Audenhove, C. & Lorant, V (2021) Key dimensions of collaboration quality in mental health care service networks. *Journal of interprofessional care*. VOL. 35, NO. 1, 28–36. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1709425>

Prop. 1993/94: 218. *Psykiskt stördas villkor*.

SFS 1990:1404. Lag om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.

SFS 2001:453. Socialtjänstlag.

SFS 2014:821 Patientlag.

SFS 2017:30. Hälso- och sjukvårdslag.

SFS 2017:612. Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

Simpson, A., Hannigan B, Coffey, M., Barlow, S., Cohen, R., Jones, A., Všetěčková, J., Faulkner, A., Thornton, A. & Cartwright, M (2016). Recovery-focused care planning and coordination in England and Wales: a cross-national mixed methods comparative case study. *BMC Psychiatry* 16:147. DOI 10.1186/s12888-016-0858-x

SKL, Sveriges kommuner och landsting (2018). *Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård- framgångsfaktorer och utvecklingsområden. Uppföljning av kommunernas och landstingens arbete med införandet av lagen*.

Socialstyrelsen (1970). *Principplan för psykiatriska vården med tillämpning i första hand på Västmanlands län*. Socialstyrelsen redovisar 1970:16;

Socialstyrelsen (1973). *Den psykiatriska vårdens målsättning och organisation*. Rapport från expertgrupper.

Socialstyrelsen (1978). *Psykiatrisk hälso- och sjukvård. Förslag till principprogram*. Socialstyrelsen redovisar 1978:5.

Socialstyrelsen (1979). *Psykiatrisk långvård*. Socialstyrelsen redovisar 1979:3.

SOU 2006:100. Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder.

SOU 2015:20. Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård.

Socialutskottets betänkande 1993/1994:SoU:28. *Psykiskt stördas villkor*.

Svensson, P (2022). I: Hedberg Rundgren Å., Klinga C, Löfström M. och Mossberg L. (red.) *Perspektiv på samverkan. Om utmaningar och möjligheter i välfärdens praktik*. (1:a upplagan, s. 151-166). Studentlitteratur.

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

Vetenskapsrådet. *God forskningssed*. (2017).

Vigod, S.N., Kurdyak, P.A, Dennis, C-L., Leszcz, T., Taylor, V.H, Daniel M. Blumberger, D.M. & Seitz, D.P (2013) Transitional interventions to reduce early psychiatric readmissions in adults: systematic review. *The British Journal of Psychiatry* 202, 187–194.  
doi: 10.1192/bjp.bp.112.115030

World Medical Association. *Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Adopted by the 18th WMA General Assembly, Helsinki, Finland, June 1964, latest revision by the WMA General Assembly, Seoul 2013. Ferney-Voltaire, France, World Medical Association, 2013.

Xiao, S., Tourangeau, A., Widger, K., Berta, W. & Bloomberg, L.S. (2019) Discharge planning in mental healthcare settings: A review and concept analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*. Vol 28. S 816-832. <https://doi.org/10.1111/inm.12599>

Ådnanes, M., Cresswell-Smith, J., Melby, L., Westerlund, H., Šprah, L., Sfetcu, R., Straßmayr, C. & V. Donisi (2019). Discharge planning, self-management, and community support: Strategies to avoid psychiatric rehospitalisation from a service user perspective. *Patient education and counseling*. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.12.002>

## Bilaga 1

### Temaguide för fokusgrupper kring samverkan

Inledning: Innan vi börjar så vill jag informera om att uppsatsen kommer att skrivas så det inte går att identifiera deltagare.

Detta är en studie om samverkan mellan socialtjänst och psykiatrisk öppen- och slutenvård. Studiens fokus är samverkan vid utskrivningar från sluten psykiatrisk vård.

- Vad tänker ni på när jag säger samverkan? Vad är samverkan? Hur samverkar ni med Öppenvård/slutenvård/ Socialtjänst?
- Vad upplever ni är faktorer som gör att samverkan mellan psykiatri och Socialtjänst fungerar väl inför utskrivningar inom slutenvård? På vilket sätt märks detta? Konkreta exempel? Egna och andra aktörers roller?
- -Beskriva hindrande faktorer. Konkreta exempel? Har ni några tankar hur man skulle kunna komma runt detta? Egna och andra aktörers roller?
- Vad är eran upplevelse av hur utskrivningarna blir för patienten? Hur viktig är samverkan i detta?
- -Vad tror ni är de viktigaste faktorerna för att det ska bli en trygg utskrivning? Hur vet man om det blir en lyckad utskrivning?



## Bilaga 2

### Blankett för etisk egengranskning av studentprojekt som involverar människor

Använd blanketten som en grund för forskningsetiska reflektioner tillsammans med din handledare och för att komma fram till bästa forskningsetiska förhållningssätt samt beslut om ansökan till den Forskningsetiska nämnden vid Högskolan Dalarna alternativt Etikprövningsmyndigheten behövs eller ej.

Projekttitel: Samverkan vid utskrivning från psykiatrisk slutenvård

Student/student: Ida Nilsson

Handledare: Camilla Udo

	Ja	Tveksamt	Nej
1 Kan frivilligheten att delta i studien ifrågasättas dvs. omfattar studien deltagare som kan betraktas tillhöra en sårbar grupp t.ex. barn (under 18 år), personer med nedsatt kognitiv förmåga, psykisk funktionsnedsättning eller sådana som har en beroendeställning till den som genomför studien t.ex. som patienter eller elever till densamma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
2 Innebär undersökningen att informerat samtycke inte kommer att inhämtas (d.v.s. forskningspersonerna kommer inte att få full information om undersökningen och/eller möjlighet att avsäga sig ett deltagande)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
3 Innebär undersökningen någon form av fysiskt ingrepp på forskningspersonerna?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
4 Kan undersökningen påverka forskningspersonerna fysiskt eller psykiskt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
5 Används biologiskt material som kan härledas till en levande eller avliden människa (t.ex. blodprov)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
6 Avser du behandla känsliga personuppgifter, som etnicitet, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse, medlemskap i fackförening, hälsa eller sexualliv?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
7 Avser du behandla personuppgifter om lagöverträdelse, som brott, domar i brottmål, straffprocessuella tvångsmedel eller administrativa frihetsberövanden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
8 Avser du att behandla personuppgifter? Observera att: <ul style="list-style-type: none"><li>• Samtliga uppgifter som kan kopplas till en levande person betraktas som personuppgifter, även om de är kodade eller krypterade.</li><li>• I händelse av att studentarbetet INTE omfattar några känsliga personuppgifter och heller INTE deltagare som tillhör en sårbar grupp eller deltagare som INTE står i beroendeställning till den som genomför studien, behöver inte någon ansökan till Forskningsetiska nämnden vid Högskolan Dalarna göras.</li><li>• Vid behandling av personuppgifter ska dock ALLTID anmälan om detta göras på avsedd blankett som sänds till: <a href="mailto:dataskydd@du.se">dataskydd@du.se</a></li></ul>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

## Bilaga 3

### Samtyckesblankett

Tack för att du vill delta i studien *Professionellas erfarenheter av samverkan vid utskrivning från psykiatrisk slutenvård*. Syftet med studien är att undersöka hur personal inom psykiatrisk slutenvård- respektive öppenvård och Socialtjänst ser på hindrande och främjande faktorer i samverkan vid utskrivning av patienter från psykiatrisk slutenvård och deras uppfattningar av hur dessa faktorer påverkar patienternas upplevelser av utskrivningsprocessen.

Före ditt deltagande behöver du lämna ditt samtycke för deltagande och behandling av eventuella personuppgifter. Studien genomförs inom ramen för kursen ”Examensarbete för magisterexamen i socialt arbete”, 15 högskolepoäng vid Högskolan Dalarna. *Läs igenom blanketten noggrant och ge ditt medgivande genom att skriva under längst ned på sidan.*

### Medgivande

- Jag har tagit del av informationen kring studien och är medveten om hur mitt deltagande kommer att gå till och den tid det förväntas ta i anspråk.
- Jag har fått möjlighet att få mina frågor angående studien besvarade innan den påbörjas och vet vem jag ska vända mig till om jag har ytterligare frågor.
- Jag deltar i denna studie helt frivilligt och har blivit informerad om varför jag har blivit tillfrågad och vad syftet med deltagandet är.
- Jag är medveten om att jag när som helst under studiens gång kan avbryta mitt deltagande och återkalla mitt samtycke utan att jag behöver förklara varför.
- Jag ger mitt medgivande till *Högskolan Dalarna* att behandla och lagra personuppgifter nödvändiga för att genomföra studien förutsatt att det görs i enlighet med bestämmelser i GDPR och PUL<sup>1</sup>.
- Jag ger detta medgivande förutsatt att inga andra än de studenter och handledare som är knutna till studien kommer att ta del av det insamlade materialet och att materialet endast kommer att användas till studiens syfte.
- Jag ger detta medgivande förutsatt att materialet från studien kommer att behandlas konfidentiellt i den meningen att mitt namn aldrig kommer att publiceras eller kopplas till enskilda utsagor.

Ort / datum

Namnteckning

.....

.....

Namnförtydligande

---

<sup>1</sup> Alla uppgifter om dig som samlas in i studien är skyddade enligt Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) samt General Data Protection Regulation (GDPR). Ansvarig för dina personuppgifter är Högskolan Dalarna. Enligt EU:s dataskyddsförordning har du rätt att kostnadsfritt få ta del av de uppgifter om dig som hanteras i studien, och vid behov få eventuella fel rättade. Du kan också begära att uppgifter om dig raderas samt att behandlingen av dina personuppgifter begränsas. För frågor om behandling av personuppgifter kan du även kontakta Högskolan Dalarnas dataskyddsombud Anders Forsman, e-post: [dataskydd@du.se](mailto:dataskydd@du.se) eller på telefon: 023-77 89 56. Om du är missnöjd med hur dina personuppgifter behandlas har du rätt att ge in klagomål till Datainspektionen, som är tillsynsmyndighet

## Samtycke (e-post)

Tack för att du vill delta i studien *Professionellas erfarenheter av samverkan vid utskrivning från psykiatrisk slutenvård*. Syftet med studien är att undersöka hur personal inom psykiatrisk slutenvård- respektive öppenvård och Socialtjänst ser på hindrande och främjande faktorer i samverkan vid utskrivning av patienter från psykiatrisk slutenvård och deras uppfattningar av hur dessa faktorer påverkar patienternas upplevelser av utskrivningsprocessen.

Före ditt deltagande behöver du lämna ditt samtycke för deltagande och behandling av eventuella personuppgifter. Studien genomförs inom ramen för kursen ”Examensarbete för magisterexamen i socialt arbete”, 15 högskolepoäng vid Högskolan Dalarna

*Läs igenom blanketten noggrant och ge ditt medgivande genom att bekräfta i mail att du samtycker till att delta i studien och uppge ditt namn.*

### Medgivande

- Jag har tagit del av informationen kring studien och är medveten om hur mitt deltagande kommer att gå till och den tid det förväntas ta i anspråk.
- Jag har fått möjlighet att få mina frågor angående studien besvarade innan den påbörjas och vet vem jag ska vända mig till om jag har ytterligare frågor.
- Jag deltar i denna studie helt frivilligt och har blivit informerad om varför jag har blivit tillfrågad och vad syftet med deltagandet är.
- Jag är medveten om att jag när som helst under studiens gång kan avbryta mitt deltagande och återkalla mitt samtycke utan att jag behöver förklara varför.
- Jag ger mitt medgivande till *Högskolan Dalarna* att behandla och lagra personuppgifter nödvändiga för att genomföra studien förutsatt att det görs i enlighet med bestämmelser i GDPR och PUL<sup>2</sup>.
- Jag ger detta medgivande förutsatt att inga andra än de studenter och handledare som är knutna till studien kommer att ta del av det insamlade materialet och att materialet endast kommer att användas till studiens syfte.
- Jag ger detta medgivande förutsatt att materialet från studien kommer att behandlas konfidentiellt i den meningen att mitt namn aldrig kommer att publiceras eller kopplas till enskilda utsagor.

---

<sup>2</sup> Alla uppgifter om dig som samlas in i studien är skyddade enligt Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) samt General Data Protection Regulation (GDPR). Ansvarig för dina personuppgifter är Högskolan Dalarna. Enligt EU:s dataskyddsförordning har du rätt att kostnadsfritt få ta del av de uppgifter om dig som hanteras i studien, och vid behov få eventuella fel rättade. Du kan också begära att uppgifter om dig raderas samt att behandlingen av dina personuppgifter begränsas. För frågor om behandling av personuppgifter kan du även kontakta Högskolan Dalarnas dataskyddsombud Anders Forsman, e-post: [dataskydd@du.se](mailto:dataskydd@du.se) eller på telefon: 023-77 89 56. Om du är missnöjd med hur dina personuppgifter behandlas har du rätt att ge in klagomål till Datainspektionen, som är tillsynsmyndighet

## **Bilaga 4**

### **Informationsbrev gällande examensarbete. En undersökning om samverkan: Professionellas erfarenheter av samverkan vid utskrivning från psykiatrisk slutenvård.**

#### **Information om studien**

Till mitt examensarbete på avancerad nivå vid Högskolan Dalarna ska jag göra en undersökning av hur professionella inom psykiatri och socialtjänst ser på samverkan vid utskrivningar av patienter från psykiatrisk slutenvård.

#### ***Du tillfrågas här med om deltagande i denna undersökning.***

Syftet med min studie är att undersöka hur professionella inom psykiatrisk slutenvård, öppenvård och socialtjänst ser på hindrande respektive främjande faktorer i samverkan vid utskrivning av patienter från slutenvården och deras uppfattning av hur dessa faktorer påverkar patienternas upplevelser av utskrivningsprocessen. Förhoppningen är att studien ska leda till ökad förståelse för samverkans betydelse för en trygg utskrivning av patienter från sluten psykiatrisk vård.

#### **Studiens tillvägagångssätt**

Studien kommer att göras i form av tre fokusgrupper, en med deltagare från psykiatrisk öppenvård, en med deltagare från psykiatrisk slutenvård och en med personal från Socialtjänst som i arbetet deltar i samverkan vid utskrivningar från sluten psykiatrisk vård. Deltagarna i en grupp kan komma från samma eller olika arbetsplatser men kommer att vara indelade efter funktionerna öppenvård/slutenvård/Socialtjänst.

Varje grupp kommer ha ca 3-4 deltagare och beräknas ta ca 1 h att genomföra.

Fokusgrupperna kan genomföras fysiskt eller i digital form utifrån vad som passar gruppens deltagare bäst. I fokusgrupperna kommer deltagarnas erfarenheter av samverkan vid utskrivningar från sluten psykiatrisk vård att diskuteras. Ex. vilka hindrande och främjande faktorer deltagarna kan se i samverkan och deras upplevelser av hur utskrivningarna blivit för patienterna.

Du tillfrågas att delta i studien utifrån att du arbetar i en sådan verksamhet som studien avser undersöka och utifrån ditt yrke deltar i samverkan vid utskrivningar från sluten psykiatrisk vård.

#### **Sekretess**

Diskussionerna i fokusgrupperna kommer att bandas och sedan skrivas ner. Det inspelade materialet kommer att raderas när informationen skrivits ned till text. Insamlat material kommer att behandlas med konfidentialitet och kommer endast att användas inom denna studie. Resultaten kommer att presenteras på ett sådant sätt att inga enskilda kan identifieras. Resultaten kommer att presenteras i form av en uppsats vid högskolan Dalarna. Studiens deltagare ges möjlighet att ta del av den färdiga uppsatsen.

Ditt deltagande i undersökningen är helt frivillig. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan närmare motivering. Ytterligare uppgifter kan lämnas av nedanstående.

Student

Ida Nilsson

070-2658647

[v22idnil@du.se](mailto:v22idnil@du.se)

Handledare

Camilla Udo

073-270 17 15

[cud@du.se](mailto:cud@du.se)