

## Mot multiprofessionellt familjearbete

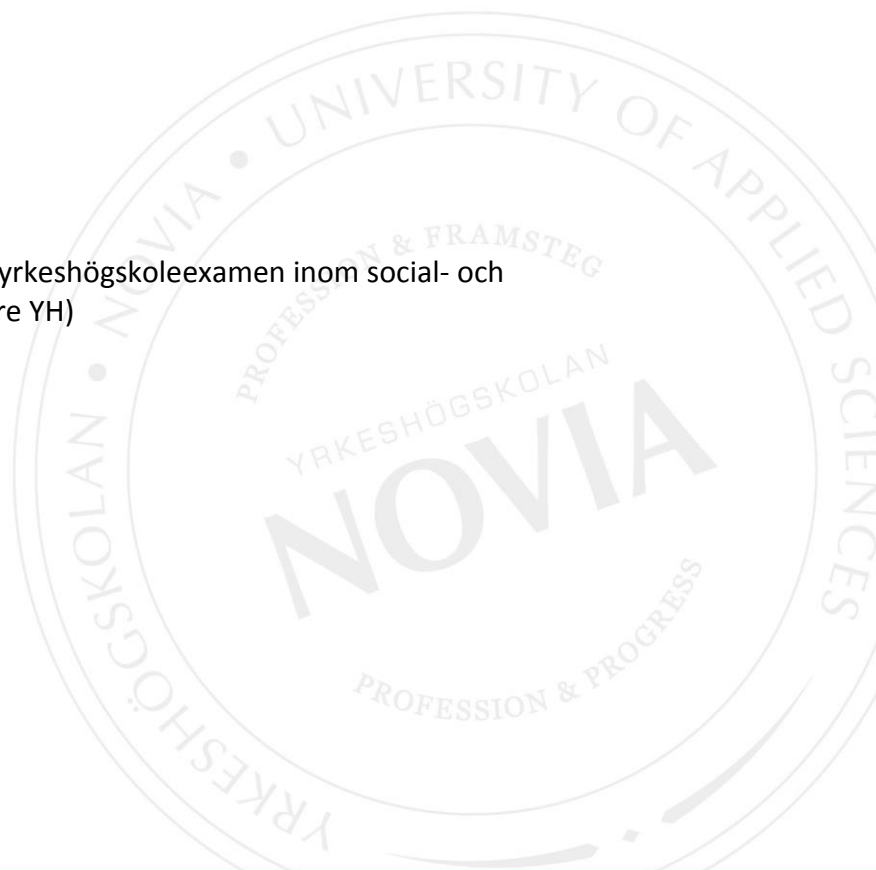
- **främjande faktorer för samverkan mellan barnskydd, psykiatri och grundskola**

Mari-Anette Rönnlund

Examensarbete för högre yrkeshögskoleexamen inom social- och hälsovård, socionom (högre YH)

Utveckling och ledarskap

Vasa 2019



## EXAMENSARBETE

**Författare:** Mari-Anette Rönnlund

**Utbildning och ort:** Social- och hälsovård, högre YH, Vasa

**Inriktningsalternativ/Fördjupning:** Utveckling och ledarskap

**Handledare:** Susanne Jungerstam

**Titel:** Mot multiprofessionellt familjearbete – främjande faktorer för samverkan mellan barnskydd, psykiatri och grundskola

---

Datum: maj 2019

Sidantal: 88

Bilagor: 8

---

### Abstrakt

Detta examensarbete är en kvalitativ undersökning med fokus på multiprofessionellt samarbete (MPS) mellan barnskydd, psykiatri och grundskola. Studien är en benchmarkingstudie, vars syfte är att identifiera god praxis för MPS. Forskningsfrågorna strävar efter att visa vilka faktorer som bidrar till att samarbetet lyckas, hur man kan främja dessa faktorer, vilka faktorer som hindrar samarbetet och hur man kan minska dessa hinder.

Utgångspunkten i studien är de professionellas perspektiv. I undersökningen ingick 13 yrkespersoner från barnskyddets intensifierade familjearbete, ungdomspsykiatrisk poliklinik samt grundskola. Som datainsamlingsmetod användes semistrukturerade individuella temaintervjuer. Examensarbetet utgår från systemteori och teorier om samverkan, integrering och ett holistiskt klientcentrerat perspektiv. Den teoretiska analysmodellen består av en systemteoretisk modell över samverkan, vilken även är tillämpad på examensarbetets empiriska resultat.

I den empiriska undersökningen hittades centrala faktorer för multiprofessionellt samarbete, vilka till stor del stöds i tidigare forskning: På individnivå är det centrala goda sociala förmågor, samt engagemang för samverkan. På det professionella planet handlar det om rollmedvetenhet, trygghet i den egna rollen och professionell autonomi. På gruppnivå är god roll- och ansvarsfördelning en nyckelfaktor för lyckat samarbete, medan det på organisationsnivå är viktigt med gemensamma strategier eller riktlinjer för samverkan, samt att ledning, personalpolitik och den fysiska miljön stödjer samarbetet. För att skapa en kultur av samarbete, samhörighet och ömsesidig respekt, behövs kommunikation och fysiska möten inom alla ovannämnda nivåer. Nyckelstrategierna är bl.a. att prova nya arbetsmodeller och ha gemensamma utvecklingsdagar och skolningar.

---

**Språk:** svenska

**Nyckelord:** Multiprofessionellt samarbete, systemteori, benchmarking, intensifierat familjearbete, barnskydd, psykiatri, grundskola.

---

## OPINNÄYTETYÖ

**Tekijä:** Mari-Anette Rönnlund

**Koulutus ja paikkakunta:** Sosiaali- ja terveysala, Ylempi AMK, Vaasa

**Suuntautumisvaihtoehto/Syventävät opinnot:** Kehittäminen ja johtaminen

**Ohjaaja:** Susanne Jungerstam

**Nimike:** Kohti moniammatillista perhetyötä – lastensuojelun, psykiatrian ja peruskoulun yhteistyötä edistävät tekijät

---

Päivämäärä: toukokuu 2019

Sivumäärä: 88

Liitteet: 8

---

### Tiivistelmä

Tämä tutkintotyö on lastensuojelun, psykiatrian ja peruskoulun moniammatilliseen yhteistyöhön (MAY) suunnattu laadullinen tutkimus. Tutkimus on esikuva-analyysi (benchmarking), jonka tavoitteena on tunnistaa MAY:n hyvät käytännöt. Tutkimuskysymykset pyrkivät selvittämään mitkä tekijät vaikuttavat yhteistyön menestykseen, miten näitä tekijöitä voi edistää, sekä mitkä ovat yhteistyön esteet ja miten lieventää näitä esteitä.

Tutkimus perustuu ammatilliseen näkökulmaan, joten lastensuojelun tehostetusta perhetyöstä, nuorisopsykiatrisesta poliklinikasta sekä peruskoulusta on haastateltu 13 ammatti-ihmistä. Tietojenkeruumenetelmänä käytettiin puolistrukturoituja yksilöllisiä teemahaastatteluita. Tutkimus perustuu systeemiteoriaan sekä yhteistyöhön, integrointiin ja holistiseen asiakaslähtöiseen näkökulmaan. Teorettinen analyysimalli koostuu systeemiteoreettisesta yhteistyömallista, jota sovelletaan myös tutkintotyön empiirisiin tuloksiin.

Empiirisessä tutkimuksessa havaittiin moniammatilliselle yhteistyölle keskeisiä tekijöitä, joita pitkälti tuetaan aiemmissa tutkimuksissa: Yksilötasolla keskeisiä ovat hyvät sosiaaliset taidot sekä sitoutuminen yhteistyöhön. Ammatillisella tasolla kyse on roolitietoisuudesta, omasta roolivarmuudesta ja ammatillisesta autonomiasta. Ryhmätasolla hyvä rooli- ja vastuunjako on avainasemassa onnistuneessa yhteistyössä, kun taas organisaatiotasolla yhteiset strategiat tai suuntaviivat ovat tärkeitä, sekä että johto, henkilöstöpolitiikka ja fyysinen ympäristö tukevat yhteistyötä. Yhteistyön, yhteenkuuluvuuden ja kunnioituksen kulttuurin luomiseksi tarvitaan vuorovaikutusta ja fyysisiä tapaamisia kaikilla yllämainituilla tasoilla. Keskeisiä strategioita ovat muun muassa uusien työmallien kokeileminen ja yhteisten kehittämispäivien ja koulutusten toteuttaminen.

---

**Kieli:** ruotsi

**Avainsanat:** Moniammatillinen yhteistyö, systeemiteoria, esikuva-analyysi, tehostettu perhetyö, lastensuojelu, psykiatria, peruskoulu

---

## MASTER'S THESIS

**Author:** Mari-Anette Rönnlund

**Degree Programme:** Social and health care, Master's degree, Vaasa

**Specialization:** Development and leadership

**Supervisor:** Susanne Jungerstam

**Title:** Towards interprofessional family work - promoting factors for cooperation between child protection, psychiatry and basic education

---

Date: May 2019

Number of pages: 88

Appendices: 8

---

### Abstract

This thesis is a qualitative study focusing on interprofessional collaboration (IPC) between child protection, psychiatry and basic education. The aim of the benchmarking study is to establish good practice for IPC. The research endeavors to identify which factors contribute to successful cooperation and methods to promote these, as well as to pinpoint the factors hindering the cooperation and how to tackle these challenges.

The study is based on the perspectives of 13 professionals from the child protection's intensified family work, adolescent psychiatric outpatient clinic and basic education. Semi-structured individual themed interviews were used as the data collection method. The thesis is based on systems theory and theories on collaboration, integration and a holistic client-centered perspective. The theoretical analysis model consists of a systems theoretical model of collaboration, which is also applied to the empirical results.

The empirical study found key factors for interprofessional collaboration, which are largely supported in previous research: On an individual level, the fundamental factors consist of good social skills and commitment to collaboration. On a professional level, basic components are role consciousness, security in one's own role and professional autonomy. On a group level, good division of roles and responsibilities is a key factor for successful collaboration, while on an organizational level, common strategies or guidelines for collaboration are vital, as well as the support of management, personnel policy and the physical environment. In order to create a culture of cooperation, togetherness and mutual respect, communication and physical meetings are needed within all the levels mentioned above. The key strategies include the implementation of new working models and joint development and training days.

---

**Language:** Swedish

**Key words:** Interprofessional collaboration, systems theory, benchmarking, intensified family work, child protection, psychiatry, basic education

---

## Innehållsförteckning

1.	Inledning.....	1
2.	Syfte och frågeställning.....	2
3.	Multiprofessionellt samarbete och barnskyddet i Finland.....	3
3.1	Barnskyddet i Finland i siffror.....	6
4.	Teoretisk analysmodell och begrepp.....	8
4.1	Systemteori och holistiskt synsätt.....	9
4.1.1	Klientcentrering och -delaktighet.....	12
4.1.2	De olika nivåernas integrering: vertikal och horisontell integrering.....	13
4.1.3	En systemteoretisk modell över samverkan.....	15
5.	Tidigare forskning om centrala faktorer för multiprofessionellt samarbete.....	19
5.1	Faktorer på samhällsnivå.....	20
5.2	Faktorer på organisationsnivå.....	21
5.2.1	Administrativa aspekter, gemensamma riktlinjer och ramavtal.....	22
5.2.2	Miljö.....	22
5.2.3	Ledarskap och styrning.....	23
5.3	Faktorer på gruppnivå.....	23
5.3.1	Roll- och ansvarsfördelning.....	24
5.3.2	Arbetskultur.....	25
5.4	Faktorer på professionell nivå.....	26
5.4.1	Professionell autonomi.....	26
5.4.2	Professionell identitet och medvetenhet om andras roller.....	27
5.5	Faktorer på individnivå.....	28
5.6	Kommunikation.....	29
5.7	Sammanfattning.....	32
6.	Metod och tillvägagångssätt.....	33
6.1	Benchmarking som metod.....	33
6.2	Datainsamling.....	35
6.3	Urval.....	36
6.4	Analysmetod.....	38
6.5	Validitet och reliabilitet.....	39
6.6	Etiska överväganden.....	41
7.	Resultat.....	42
7.1	Hinder för samverkan.....	43
7.1.1	Organisationsnivå.....	43
7.1.2	Gruppnivå.....	46

7.1.3 Professionell nivå .....	49
7.1.4 Individuell nivå.....	51
7.1.5 Sammanfattning av barriärer .....	52
7.2 Främjande faktorer för samverkan .....	53
7.2.1 Organisationsnivå .....	53
7.2.2 Gruppnivå.....	57
7.2.3 Professionell nivå .....	61
7.2.4 Individnivå .....	63
7.2.5 Kommunikation .....	65
7.2.6 Familje- och klientcentrering .....	66
7.3 Sammanfattning av faktorer samt anknytning till teorin .....	67
7.4 Kontextuella skillnader i benchmarkingundersökningen .....	71
7.4.1 Storleksmässig kontext.....	71
7.4.2 Språklig kontext.....	72
7.5 Åtgärder för att stärka de främjande faktorerna och minska på barriärerna ....	73
7.5.1 Nya arbetsmodeller .....	74
7.5.2 Konkreta arbetsverktyg.....	75
7.5.3 Regelbundna möten .....	76
7.5.4 Sammanfattning av åtgärder .....	77
8. Diskussion .....	79
8.1 Metoddiskussion .....	79
8.2 Resultatdiskussion och slutledning.....	81
Litteraturförteckning .....	84
Bilaga 1-8	

## 1. Inledning

Detta examensarbete utgår från barnskyddets familjearbete och familjerehabilitering och dess samarbete med andra instanser för att barn och unga samt deras familjer skall kunna få samtidigt stöd från olika håll enligt sin egen behovsbild. Fokus ligger närmare bestämt på samverkan mellan barnskydd, psykiatri och skola. Skribentens erfarenhet av att arbeta inom barnskyddets intensifierade familjearbete har lyft fram behovet av nära samarbete mellan just dessa organisationer. Studien strävar efter att identifiera bästa möjliga praxis inom det multiprofessionella samarbetet, för att utveckla detta samarbete inom Vasa stad.

Multiprofessionellt samarbete (MPS) är aktuellt i dagens Finland i och med LAPE-programmet (Lapsi ja -Perhepalveluiden muutosohjelma) och den systemiska barnskyddsmodell som finns på den nationella agendan och som nämns i kapitel 4.1, s.11 (Lahtinen, Männistö & Raivio 2017, 5). MPS erkänns dessutom av WHO (2013, 36) som en innovativ strategi för att öka den globala hälsan. Ett gott samarbete över sektorsgränser påverkar organisationer, utförare och användare av tjänsterna på ett positivt sätt.

Kvaliteten på servicen ökar, enligt WHO (2010, 7) då olika professioner samverkar med varandra och med patienten/klienten och familjen. Social- och hälsovårdsministeriet (STM 2018a, 4 & STM u.å., 3) har vidare konstaterat att barn- och familjetjänsterna är utspridda på för många sektorer och verksamhetsställen samt att klientuppgifterna är spridda i för många olika handlingar och register, vilket leder till att myndigheter sinsemellan inte samarbetar tillräckligt eller känner till varandras verksamhet.

Vilka är då de element som behövs för att få till stånd ett lyckat multiprofessionellt samarbete? Och hur kan man främja dessa faktorer? Detta examensarbete avser att belysa ut dessa frågor ur en systemisk modell (kap. 4.1.3, s.16.). I arbetet presenteras hindrande och främjande faktorer för samarbete. Dessa faktorer presenteras både i den empiriska studiens resultat (kap. 7.3, s.70), men även i form av tidigare forskning (kap. 5, s.19). Särskilt de främjande faktorerna är att ta fasta på, för att finna bästa möjliga praxis för MPS.

Isoherranen, Rekola och Nurminen (2008, 26) lyfter fram att förmåga till samarbete i alla tider har varit en nyckelfaktor för att lösa de problem som människan har stått inför. Historiskt sett har man genom samarbete kunna övervinna fiender och hot, medan man i dagens sofistikerade och differentierade värld kan ha svårare att identifiera behovet av

samarbete. Var och en uppfattar istället världen genom sina egna erfarenheter och sin utbildning, vilket ger en snäv syn av verkligheten. För att bredda denna syn, lära av varandra och kunna ge ett helhetsmässigt stöd åt barn, unga och deras familjer, behöver vi satsa på samverkan.

“Enighet är en styrka ... när det finns lagarbete och samarbete, kan underbara saker uppnås.” – *Mattie Stepanek*

## 2. Syfte och frågeställning

Examensarbetet utgår från systemteori och teorier om samverkan, integrering och ett holistiskt klientcentrerat perspektiv. Den teoretiska analysmodellen består av en systemteoretisk modell över samverkan, där man ser till klienters och familjers hela livsvärld och att de ingår i många olika system. Modellen synliggör dessutom att samarbetet påverkas av många olika aspekter och nivåer. Inom denna teoretiska referensram beskrivs tidigare forsknings centrala teman eller mekanismer som behövs för det multiprofessionella samarbetet. Den teoretiska analysmodellen tillämpas även på de empiriska resultaten.

Fokus i examensarbetet ligger på öppenvården inom barnskyddet och psykiatrin, men kan även omsättas i andra kontexter, exempelvis anstaltsvård. Genom att främja samverkan mellan barnskyddet och dess angränsande organisationer, skola och psykiatri, utvecklas kvaliteten på familjearbetet. Förförståelsen är att multiprofessionellt gemensamt arbete kan leda till att arbetet blir mer familjecentrerat istället för att vara organisationscentrerat.

Syftet med examensarbetet är att hitta de faktorer och tillvägagångssätt som medverkar till att multiprofessionellt samarbete mellan barnskydd och dess angränsande organisationer, psykiatri och skola, lyckas. Undersökningen utgår från de professionellas perspektiv på vilka dessa främjande faktorer är. Forskningsfrågorna är följande:

- Vilka är de faktorer som gör att multiprofessionellt samarbete lyckas? Hur skall man främja dessa faktorer?
- Vad är det som förhindrar multiprofessionellt samarbete? Hur kan man minska eller eliminera dessa hinder?



Genom att söka svar på dessa frågor har respondenten som målsättning att finna värdefull information som kan användas för att utveckla det multiprofessionella samarbetet. Utvecklingsbehovet i detta arbete handlar om att utveckla multiprofessionellt samarbete genom att hitta strategier för att lyckas med samarbetet. Studien är en benchmarkingstudie i det avseendet att skribenten ämnar identifiera god praxis inom det multiprofessionella samarbetet. I examensarbetet kartläggs vilka hinder och vilka gynnande faktorer det finns för samarbete.

### **3. Multiprofessionellt samarbete och barnskyddet i Finland**

Detta examensarbete har sin förankring i psykiatrins och barnskyddets öppenvård. Inom barnskyddets öppenvård används begreppet familjerehabilitering och intensifierat familjearbete. Barn- och familjeinriktat barnskydd består nämligen bland annat av stödåtgärder inom öppenvården, enligt barnskyddslagen (2007/417, 3 §). Både familjerehabilitering och intensifierat familjearbete är exempel på sådana stödåtgärder. Intensifierat familjearbete särskildes från vanligt familjearbete i samband med att socialvårdslagen (2014/1301) trädde i kraft. Med intensifierat familjearbete avses alltså familjearbete som kräver klientskap inom barnskyddet, medan familjearbete är service baserat på socialvårdslagen. Då termen "familjearbete" dyker upp i detta arbete avses det familjearbete som utförs inom barnskyddets intensifierade familjearbete eller familjerehabilitering.

Möttönen och Kettunen (2014, 118) tar upp att förnyelseideologierna på Finlands regeringsnivå har varit de samma i flera årtionden, nämligen att större organisationer effektivare kan tillgodose och ordna tjänster. Författarna (2014, 112) lyfter även fram att man genom kommunala förvaltningsreformer har sammanfört social- och hälsovårdsverk i kommunerna för att främja de professionellas samarbete och kunna ta i beaktande befolkningens helhetsmässiga behov. Integration mellan olika organisationer och verksamheter avspeglar ett välfärdspolitiskt synsätt där man ser människors behov som helheter, genom ett holistiskt synsätt, och inte som sektorer som är skapade av olika professioner. Integration och samarbete mellan olika organisationer inom socialvård, specialistsjukvård och bildning utmanar välfärdspolitiken på alla nivåer; både på nationell beslutsfattarnivå, men även på organisationernas ledarskaps- och utförarnivå.

Den social- och hälsovårdsreform (SOTE, från finskans SOsiaali- ja Terveysthuollon uudistus), som fanns på den nu avgångna regeringens agenda, var återigen ett exempel på förnyelseideologin om att större helheter är en god lösning, som Möttönen och Kettunen (2014, 118) beskriver att under en lång tid har varit den nationella ideologin. SOTE-reformen skulle ha inneburit en reform av hela den offentliga social- och hälsovården, där man ämnade inrätta landskap och överföra en stor del av kommunernas ansvar för social- och hälsovård till den större enhet som landskapen skulle utgjort (Statsrådet, u.å.). I och med SOTE-reformens fall och regeringens avgång 8.3.2019, vet man i dagens läge inte vilka delar av den ursprungliga vård- och landskapsreform som kommer att förverkligas framöver. Någon typ av social- och hälsovårdsreform är däremot på kommande och dessa reformer påverkar i hög grad hur multiprofessionellt samarbete kan utvecklas.

Centralförbundet för barnskydd (Hanhinen & Hyvärinen, 2017) har gjort en kartläggning över hur den förra regeringens SOTE-reform kunde påverka barnskyddet, men tar även upp hur det påverkar det multiprofessionella samarbetet. Man konstaterar att samverkan behövs för att undvika det dubbla arbete som i nuläget görs av kommuner. (Hanhinen & Hyvärinen, 2017, 13–17). Enligt författarna (2017, 21–22) bör man i lagstiftningen fastställa hur samverkan mellan olika verksamheter skall förverkligas om man genomför en landskaps- och vårdreform. En stor utmaning för välfärdssamhällets beslutsfattare är att skapa sådana vårdkedjor, avtal och strategier som möjliggör och t.o.m. förutsätter samverkan mellan de serviceproducenter som barnet, den unga eller familjen behöver, oberoende om tjänsterna ordnas av kommunen eller landskapet. (Hanhinen och Hyvärinen 2017, 52).

I Finland har man fr.o.m. 2016 till december 2018 haft ett program för utveckling av barn- och familjetjänster, LAPE, vilket är ett av de spetsprojekt som ingick i regeringsprogrammet för Sipiläs regering. Utvecklingsprogrammet LAPE består av fyra utvecklingsområden. De två första utvecklingsområdena handlar om lågröskeltjänsterna, det att man utvecklar skola och småbarnspedagogik samt utveckling av familjecenter (en helhet av lågröskeltjänster för barnfamiljer). Det tredje utvecklingsområdet är service på special- och krävande nivå. Denna nivå består av barnskydd och psykiatri på specialnivå samt kunskaps- och stödcenter (på finska "OT-keskus") på den mest krävande nivån (ett center per landskap). Det fjärde utvecklingsområdet handlar om syftet med programmet, att verksamhetskulturen och tjänsterna ska bli mer barn- och familjeorienterade, att barns och

familjers välfärd och egna resurser ska stärkas samt att de ska vara mer delaktiga i planeringen av de tjänster som är avsedda för dem. (STM 2018b, 1 & STM u.å., 2).

För att arbetet skall vara mer barn- och familjecentrerat, i enlighet med LAPE-programmets syfte, skulle det vara av största vikt att det finns ett gemensamt arbete mellan de organisatoriska gränserna. LAPE-projektets målsättningar är att beslutsfattare och professionella inom branschen skall: samarbeta bättre, bättre bemöta barn och unga, bättre känna till barns rättigheter samt bättre beakta barns och ungas åsikter inom olika sektorer. (STM u.å., 2–4 & STM 2018a, 4).

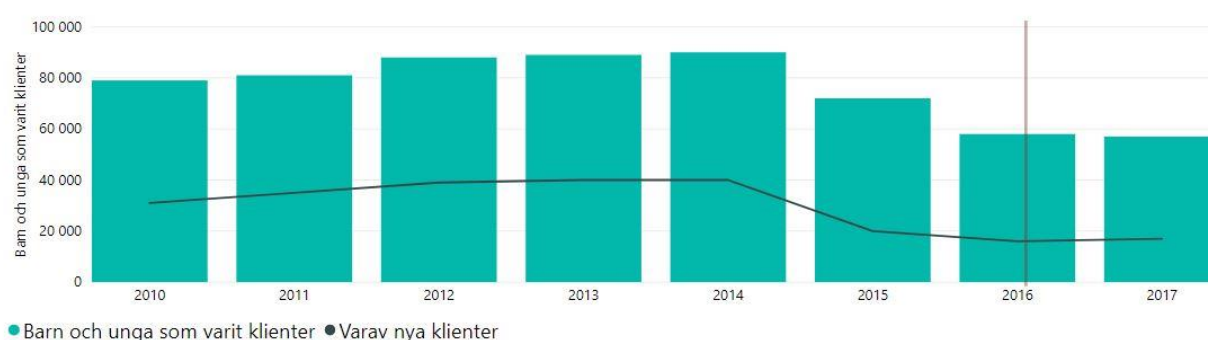
Förutom i detta spetsprojekt LAPE, ingår samverkan även i vårt lands kvalitetsrekommendationer för barnskydd. Kvalitetsrekommendationerna (STM & Kuntaliitto 2014, 4) består till en stor del av sådant som multiprofessionellt samarbete står för och vill uppnå: familjeorienterat gemensamt servicesystem och samarbete mellan olika aktörer, där man kan göra en bra uppgiftsfördelning och en mångsidig utvärdering. Statens revisionsverk har dessutom redan tidigare, år 2012, gjort en revision för att kartlägga om barnets bästa tillgodoses inom barnskyddet. En av granskningens slutsatser med anknytning till MPS, var att social- och hälsovårdsministeriet bör säkerställa ett smidigt samarbete mellan barnskyddet och psykiatrin (Statens revisionsverk 2012, s.6).

Timonen-Kallio och Pelander (2012, 4) konstaterar att barnskyddets och psykiatris framgångsrika samarbete är centralt för att tjänster för barn och unga skall kunna fungera. Detta på grund av att klientskap ofta förekommer samtidigt inom båda dessa verksamheter. Författarna (Timonen-Kallio & Pelander 2012, 4) lyfter på samma sätt som Statens revisionsverk (2012, 63) upp att multiprofessionellt, organisationsöverskridande samarbete är en förutsättning för att effektivt kunna hjälpa och vårda barn och unga. Även Williams (2012, 550–551 & 554) tar upp att samarbete mellan social- och hälsovård är centralt för lärande och kunskapshantering, för att inte slösa resurser, för att handskas med komplexa problem, samt för att undvika parallellt arbete som bildar tårta på tårta. I både Hesjedal, Heltand och Iversens (2015, 442) samt Nordström, Josephson, Hedberg & Kjellströms (2016, 16) artiklar konstateras att lyckad multiprofessionell samverkan medför att man i större utsträckning hittar lösningar tillsammans och skuldbelägger varandra mindre.

I andra nordiska länder, såsom Sverige, har man också, enligt Nordström et al. (2016, 2), konstaterat att allt fler barn och unga är i behov av samtidiga insatser från flera verksamheter. Vidare tar Nordström et. al. upp att vården och omsorgen av barn och unga har blivit alltmer specialiserad och fragmentarisk. Då specialiseringen ökar leder det till att samtidiga insatser blir svåra att överblicka för både klienter och professionella, vilket i sin tur leder till ökad risk för att barn och unga och deras familjer inte får optimalt stöd. Nedan presenteras statistik som underlag för dessa resonemang.

### 3.1 Barnskyddet i Finland i siffror

Inom barnskyddet består majoriteten av barnskyddsservicen av sådana tjänster som ordnas inom öppenvården, enligt Institutet för hälsa och välfärd (THL Terveystiete ja hyvinvoinnin laitos 2018a, 10). Enligt deras statistikrapport (THL 2018a, 10) var 4,5% av Finlands befolkning mellan 0–20 år klienter inom barnskyddets öppenvård år 2017. Barnskyddets öppenvårdsklienter har minskat sedan socialvårdslagen (2014/1301) trädde i kraft i april 2015 (se tabell 1). Minskningen beror på att definitionen av när klientkap inom barnskyddet inleds har ändrats och en del klienter som tidigare skulle ha hört under barnskyddet, tar idag istället del av den service som ges på basen av socialvårdslagen. (THL 2018a, 10).

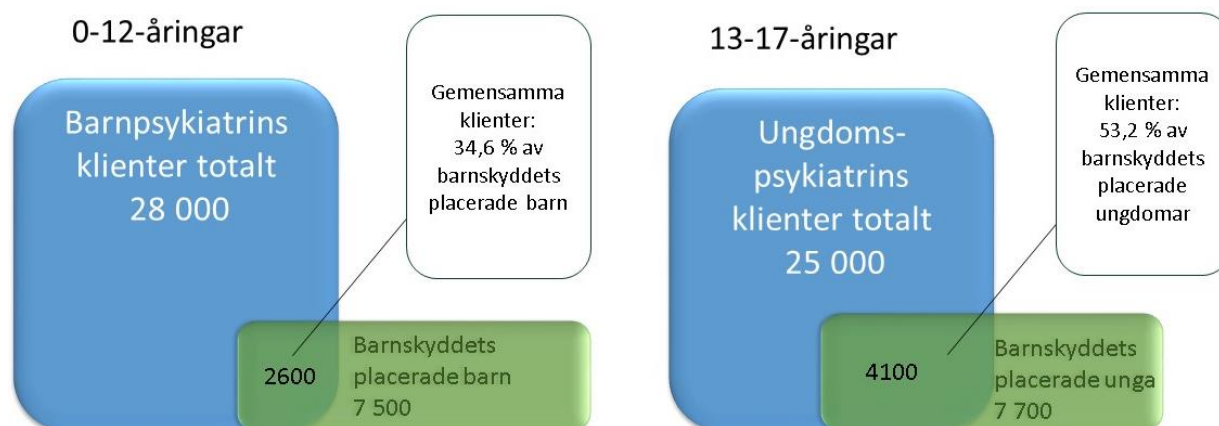


Figur 1. Antalet barnskyddsklienter inom öppenvården mellan åren 2010–2017. (Baserad på THL 2018a, 11 & 14)

Enligt THL (2018b, 2) har barn- och ungdomspsykiatrin ungefär lika många klienter som barnskyddets öppenvård. År 2018 hade barn- och ungdomspsykiatrin 53 000 klienter, medan barnskyddets öppenvård hade 47 000 klienter. En betydande del av dessa klienter har samtidigt klientkap inom både barnskyddet och psykiatrin. Statistik över gemensamma klienter mellan barnskydd och psykiatri inbegriper främst de barn som i

barnskyddet placerats i vård utanför hemmet och samtidigt har klientskap inom psykiatri. Det finns inte lika mycket tillgänglig data om gemensamma klienter inom barnskyddets öppenvård. Tidigare undersökningar har kommit fram till att 30–90% av klienterna har samtidigt behov av barnskydd och psykiatri, vilket är ett brett spektrum (THL 2018b, 2; Kiuru & Metteri 2014, 146). Kiuru och Metteris (2014, 156) kvantitativa studie över patientjournaler stärker annan internationell och finländsk forskning över att antalet gemensamma klienter mellan barnskydd och psykiatri är högt.

THL (2018b, 2) har för första gången samlat ihop siffror om andelen gemensamma klienter för barnskyddet och barn- eller ungdomspsykiatri i Finland. Enligt THL:s färskaste rapport (2018b, 3) är 34,6% av barnskyddets placerade 0–12-åringar samtidigt även klienter inom barnpsykiatriens öppenvård eller avdelningsvård. Bland ungdomar är siffran betydligt högre, nämligen att 53,2% av barnskyddets placerade 13–17-åringar även har en vårdkontakt till ungdomspsykiatri, dess öppenvård eller avdelningsvård (se figur 1).



Figur 2. Gemensamt klientskap inom psykiatri och bland barnskyddets placerade barn och unga år 2018 (Baserad på THL 2018b, 3)

Statens revisionsverk (2012, 62–63) konstaterar att det, både inom barnskyddets öppenvård och vård utanför hemmet, finns en stor variation mellan kommunerna då det kommer till att ta i beaktande barn och ungas eller deras föräldrars mentala hälsa. Inom barnskyddets öppenvård inkluderas inte psykiatri som samarbetspart genast från början av klientskapet, trots att det finns vägande skäl för detta, istället överväger barnskyddet andra stödåtgärder i första hand. Det framkommer vidare att i sex av de tio finländska orter som revisionsverket har undersökt ansåg barnskyddet att samarbetet med psykiatri inte fungerar som man skulle önska.

Statistiken påvisar att barnskyddet och psykiatrin till stor del har samma klienter och därmed behöver ha en stark kontaktyta. Då det gäller samarbete med skola, kan man utan statistik konstatera att skolan är en naturlig och viktig del i nästan alla barns och ungas livsmiljö och vardag, vilket gör att även skolan bör vara en viktig samarbetspart för barnskyddet (STM 2018a, 5).

#### **4. Teoretisk analysmodell och begrepp**

I detta kapitel ges först en beskrivning av de begrepp som används i samband med multiprofessionellt samarbete. Därefter redogörs den teoretiska utgångspunkt som står till grund för detta examensarbete, vilket ger fördjupad kunskap om samarbetet som företeelse, samt vilka aspekter som påverkar samarbetets utfall.

Det centrala i detta arbete är multiprofessionellt arbete över organisationsgränser. Det finns flera olika begrepp på arbetsgrupper där det ingår representanter för flera olika yrkesgrupper. Isoherranen et al. (2008, 33) konstaterar att multiprofessionellt samarbete som begrepp används på så olika sätt, det är som ett paraplybegrepp som innefattar många olika typer av samarbete. I olika länder och inom olika discipliner kan samarbetet definieras på olika sätt.

På engelska används oftast begreppet "interprofessional collaboration" (förkortat IPC) (bl.a. Hesjedal et al. 2015, 438; Timonen-Kallio, Hämäläinen & Laukkanen 2017, 389; Jones & Jones 2011). Även begrepp såsom "multiprofessional", "trans-/crossprofessional", "work in partnership", "joint working" eller "boundary work" används. På svenska används begrepp såsom interprofessionellt samarbete, multidisciplinära team, interprofessionell samverkan, tvärprofessionella team osv. I Sverige används begreppet "samverkan enligt samordnad individuellt plan" (SIP). (Nordström et al. 2016, 2).

I finländsk kontext används begrepp såsom "monitoimijainen" eller "monialainen yhteistyö", men begreppet "moniammatillinen yhteistyö" är ändå det mest vedertagna begreppet för att beskriva klientcentrerat samarbete, där flera olika sakkunniga från olika organisationer är delaktiga. (Helminen 2017, 17; Isoherranen et al. 2008, 29). I en finlandssvensk kontext används både begreppen multiprofessionellt samarbete och interprofessionellt samarbete. I THL:s rapporter (Alatalo, Lappi & Petrelius 2017, 6–7)

benämns samarbete som multiprofessionellt, jag har därför valt att i detta examensarbete använda begreppet multiprofessionellt samarbete (MPS).

De olika begreppen ovan har nyansskillnader, men i det stora hela handlar de alla om att man utgår från patientens/klientens behov och att olika professioner arbetar tillsammans och bidrar med sina färdigheter och styrkor så att en synergieffekt uppstår, vilket optimerar vårdens kvalitet. En multiprofessionell arbetsgrupp är en typ av socialt system. Då människor samspelar i denna typ av socialt system stimulerar de varandra för att bibehålla eller stärka relationerna, vilket resulterar i att gruppen stärks och synergi uppstår. (Centrum för klinisk utbildning vid KI, u.å. & Payne 2013, 215).

Inom multiprofessionellt samarbete används begreppet tvärprofessionella team. Team definieras oftast som en grupp människor inom samma organisation, som samverkar för ett gemensamt mål och där deltagarna har olika uppgifter. Sammansättningen i teamet är sedan beroende av de uppgifter och mål som ska utföras och uppnås. Team som är sammansatta av personer med olika yrkesroller och kompetenser kallas för tvärprofessionella team (Edin, Gunnarsdotter, Tegnevik & Broqvist 2011, 2).

Detta examensarbete utgår ifrån teorier om samverkan, integrering och holistiskt klientcentrerat perspektiv inom vård och socialt arbete. Den teoretiska förförståelsen är att integrering mellan verksamheter är en viktig förutsättning för att klientcentrerad samverkan skall uppnås. De vetenskapsteoretiska grunderna består av den tvärvetenskapliga systemteorins holistiska synsätt.

Systemteorin är en bred vetenskap som återfinns inom många olika vetenskapliga områden. Detta arbete fokuserar på systemteorins väsentliga bidrag som hjälper oss förstå och utvärdera multiprofessionellt samarbete inom socialvården. En systemisk modell som grundar sig på systemteorin presenteras i kap. 4.3.1, s. 16. (Crawford 2012, 46 & 49). Systemteorin är i sig en mycket bred vetenskapsgren, under vilken detta systemiska tänkesätt hör.

#### **4.1 Systemteori och holistiskt synsätt**

Isoherranen et al. (2008, 29) konstaterar att den teoretiska referensramen för multiprofessionellt samarbete är det systemiska tänkesättet. Författarna definierar vidare system som en observerad helhet, vars olika delar är i kontakt med varandra, påverkar

varandra sinsemellan och har ett gemensamt mål. Inom systemteorin råder en holistisk syn, enligt Isoherranen et al. (2008, 29). Även Öquist (2003, 14) belyser att systemteorin utgår från ett holistiskt perspektiv och att sinne och biologiska faktorer inte kan skiljas åt.

Holism innebär att helheten har en avgörande effekt på dess delar. Ur ett systemiskt perspektiv är människan ett mångfacetterat, komplext och dynamiskt system, som därmed undersöks och vårdas av experter från många olika discipliner. Det hjälper inte att fokusera på enbart ett område, eftersom något avgörande ur helhetsmässig synvinkel då kan lämnas ouppmärksammat. Istället behöver olika yrkeskunniga experter samarbeta, för att få en djupare och mer helhetsmässig bild. (Isoherranen et al. 2008, 29–30).

Hesjedal et al. (2015, 438) skriver om holistisk interprofessionell samverkan. Även övrig tidigare samverkansforskning som tas upp i detta examensarbete, har en mer eller mindre uttalad holistisk retorik. Man utgår ifrån en holistisk människosyn där människan är en komplex varelse, med både själsliga och kroppsliga behov. Utgångsläget för de valda vetenskapliga studierna är att man behöver kunna ge samtidiga insatser från olika verksamheter för att kunna svara på behoven av stöd med exempelvis mental hälsa, sociala förhållanden och inläring.

Systemteorin fokuserar på att individer är en del av andra system. Systemteorins styrka är att den betonar att man skall arbeta tillsammans med andra och att de olika systemen samverkar med varandra. Både indirekt samarbete med andra system och direkt gemensamt arbete mellan socialvård och klientens nätverk eller andra myndigheter, öppnar upp möjligheter till kvalitativ vård (Payne 2013, 212; 217).

Systemteorins tvärvetenskapliga karaktär gör att principer sammanförs från många vetenskapsområden, såsom vetenskapsteori, sociologi, psykologi. Systemteorin är viktig för att förstå klientens livsvärld och att denne ingår i flera system. Systemteori inspirerar till att förstå samspel mellan individ och miljö. Teorin är även användbar för att belysa organisatorernas påverkan på varandra. För att få till stånd klientcentrerad, kvalitativ service behöver de olika verksamheterna kring klienten samverka och inte vara organisationsbundna. (Öquist 2003, 13–15, 69).

Inom systemteorin identifierar man tre olika typer av system: Informella eller naturliga system (t.ex. familj, kolleger), formella system (t.ex. kommunala myndigheter eller



fackföreningar) samt sociala eller samhällsliga system (t.ex. skolor och sjukhus) (Payne 2013, 215). I detta examensarbete granskas samarbetet mellan alla dessa tre system, eftersom familj och klient bör vara delaktiga i det multiprofessionella samarbetet mellan formella system och sociala/samhällsliga system, alltså mellan det kommunala barnskyddets familjearbete, sjukhusens psykiatriska polikliniker och skola.

De olika systemen identifieras även i den finländska systemiska verksamhetsmodell som THL (Lahtinen et al. 2017, 5) presenterar. Eftersom syftet med LAPE-programmet är att tjänsterna skall bli mer barn- och familjecentrerade, är ett gemensamt arbete över de organisatoriska gränserna mycket viktigt. Inom LAPE-programmet (Lahtinen et al. 2017, 5) beskrivs en finländsk systemisk verksamhetsmodell som strävar efter ett mer interaktivt och bemötande barnskyddsarbete. Verksamhetsmodellen bygger på en modell som tidigare har utvecklats i Hackney, London. Hackney-modellen förutsätter att teambegreppet definieras om inom barnskyddet och att många olika aktörer samarbetar. I ett systemiskt team ingår en konsulterande socialarbetare, barnets socialarbetare, föräldrarnas socialarbetare, en koordinator, en familjeterapeut och, enligt de lokala behoven, en socialhandledare och/eller en familjearbetare. Alla teammedlemmar har tillägnat sig ett familjeterapeutiskt synsätt i sitt arbete och utvecklar kontinuerligt sin kompetens. Den systematiska verksamhetsmodellen poängterar klient- och familjedelaktighet och att man skall utgå från behoven hos dessa. (Lahtinen et al. 2017, 16–19).

Denna klientcentrering återfinns i systemteorins makro- och mikrosociologi. Mikrosociologi handlar om sociala samspel i småskaliga vardags skeenden, medan makrosociologi handlar om sociala samspel på samhällsnivå. Mikrosociologiskt "bottom up" perspektiv är när de enskilda aktörerna, händelserna och processerna spelar en viktig roll (Alvesson & Sköldberg 2008, 94). Nordström et al. (2016, 3) lyfter fram att man bör ha just detta bottom-up-perspektiv i det multiprofessionella arbetet, vilket innebär att samverkan måste planeras och genomföras utifrån klienternas behov, inte utifrån de professionellas eller ledningens krav (s.k. top-down-styrning).

#### 4.1.1 Klientcentrering och -delaktighet

Både systemteorin samt tänkesättet om holism och integrering utgår ifrån att klienten skall vara i centrum. Dessa aspekter sammanfattas även i den systemiska samverkansmodell (baserad på Whittington 2003, 41 & 46), vilken presenteras i kapitel 4.1.3 (s. 16). Om man skapar en organisation som fokuserar på kundbehovet och utgår ifrån det, krävs det att olika professionella samarbetar (Modig 2012, 12). Klient- eller kundorienterad innebär enligt Bhat (2010, 144) att en organisation är tydligt medveten om vilka kunderna är i alla delar av tjänsteproduktionen och att man med denna medvetenhet i bagaget strävar efter att ge dem mer värde. Bhat (2010, 144) menar vidare att det centrala inom en klientorienterad organisation är klienternas upplevelser och uppfattning om vad kvalitet är. Klienternas behov och värderingar ändras hela tiden, vilket gör att organisationen ständigt behöver utvecklas i enlighet med dem.

De olika principerna för klientorienterad service kan granskas på tre olika nivåer, enligt Hyväri (2017, 37):

1. *Då klientskap inleds.* Klienten bör i detta skede få veta vad servicen innebär, varför den ges och vilka rättigheter och skyldigheter man har. Redan i detta skede skall klienten inte enbart ses som en mottagare av service, utan som en självständig aktör som bidrar med sina egna styrkor och uppfattningar.
2. *I serviceprocesserna.* Klienten är delaktig och har påverkningsmöjligheter vad gäller tjänsternas planering, utförande och resultatutvärdering. Serviceproducenterna bör även systematiskt samla in kunskap om vad klienterna behöver för att utveckla servicen.
3. *I serviceproducenternas servicekultur och attityder.* Det klientorienterade tänkesättet bör genomsyras i organisationernas kultur och inte enbart finnas "till pappers". Klientcentrering och -delaktighet syns då till vardags i alla arbetsmoment, i mötena med klienterna och deras familjer, samt i ledarskapet.

Klientens delaktighet i vården är en viktig kvalitativ aspekt av den klientorienterade vården, enligt Kujala (2003, 39). Vidare beskriver Kujala (2003, 41) att klientens delaktighet handlar om autonomi och påverkningsmöjlighet på sin egen vård. Ur ett intressentperspektiv bör alltså organisationens synsätt på kvalitetssäkring vara autonomisk, d.v.s. att klienten "vet bäst". Även lagstiftningen inom både skola, psykiatri och socialvård behandlar klientdelaktighet (1998/628 3 §, 2007/417 4 § punkt 6 & 2010/1326 2 § punkt 4).

Enligt Hyväri (2017, 33) kan tjänsteanvändare eller klienter ses ur fyra olika synvinklar. Ur en laglig synvinkel finns det lagstadgade rättigheter och skyldigheter för klienter. Ur en medborgarsynvinkel är klienten även en "vanlig" medborgare med möjlighet att delta och påverka genom medborgarforum, enkäter samt politiska system med förtroendevalda. Social- och hälsovårdens klienter kan även ses ur serviceproducentens synvinkel. Ur producentens synvinkel intresserar man sig för hur organisationens administrativa praxis fungerar i förhållande till kunderna och vilken roll klienten har i de olika serviceprocesserna. Slutligen kan man även se klienter som tjänstebrukare eller konsumenter. Denna synvinkel har stärkts under 2010-talet och är den synvinkel som står till grund för SOTE-reformen och LAPE-projektet. (Hyväri 2017, 34–36).

Klientdelaktighet och -centrering är alltså centralt i Social- och hälsovårdsministeriets (STM) utvecklingsprogram LAPE. Som tidigare nämnts är LAPE-projektets syfte att tjänsterna ska bli mer barn- och familjeorienterade, att barns och familjers egna resurser ska stimuleras, samt att de ska vara mer delaktiga i planeringen av sina egna tjänster. (STM u.å., 2–4). I hela SOTE-reformens syfte framgår likaså att man strävar efter klientorienterad och integrerad social- och hälsovård där man kan svara mot klientens helhetsmässiga behov (Helminen 2017, 17). Klientdelaktighet innebär i klientprocessen att klienten är en aktiv aktör i processens alla skeden, i beslutsfattandet, i planeringen av tjänsterna samt i utvärderingen och utvecklandet av tjänsterna. Principerna för en klientorienterad servicehelhet är tjänstebrukarens självbestämmanderätt, tillgång till information, underlättande av deras delaktighet, samt att interaktionen är jämställd och respektfull. (Hyväri 2017, 37–38).

Sammanfattningsvis kan man säga att om en organisation vill vara klientorienterad, är detta något som behöver implementeras i såväl organisationskulturen som i organisationens strategiska arbete. Det klientcentrerade perspektivet bör nämligen synas i organisationens värderingar, normer och roller, som enligt Laakkonen (2004, 33) är kulturens grundelement.

#### **4.1.2 De olika nivåernas integrering: vertikal och horisontell integrering**

Den holistiska synen hänger ihop med att det bör ske en integrering (horisontell och vertikal) mellan verksamheter, för att det skall uppstå klientcentrerad samverkan. (Nordström et al., 2016, 4). Den holistiska synen hänger samtidigt ihop med användning av

case management, som används för att det skall ske en samverkan mellan olika organisationer. Den som håller i samverkan kallas "Case manager" och har till uppgift att ansvara, organisera, planera, samordna och utvärdera den hjälp som klienten får. (Hesjedal et al. 2015, 438). Case management hör även till systemteorins paradig.

För att främja samarbete mellan olika verksamheter är det av största vikt att integrera verksamheter både vertikalt och horisontellt, enligt Nordström et al. (2016, 4–5 & 16–17). Vertikal integrering fås till stånd på en högre politisk och organisatorisk nivå, genom lagstiftning, samsyn inom ledningssystemen, tillräckliga resurser och regional implementering genom samverkansavtal. Horisontell integrering å sin sida handlar mer om hur olika professionella och olika organisationer ser på multiprofessionell samverkan, alltså gruppledammarnas motivation och uppfattningar. Med andra ord hur samarbetet och samordningen fungerar på individ- och grupp-nivå (se figur 3). Enligt Nordström et al. (2016, 41) kan man prata om samverkan först då både den vertikala och horisontella integreringen är utvecklad.



Figur 3. Integrationsformer med olika grad av integrering. Baserad på Nordström et al.:s (2016, 41) figur.

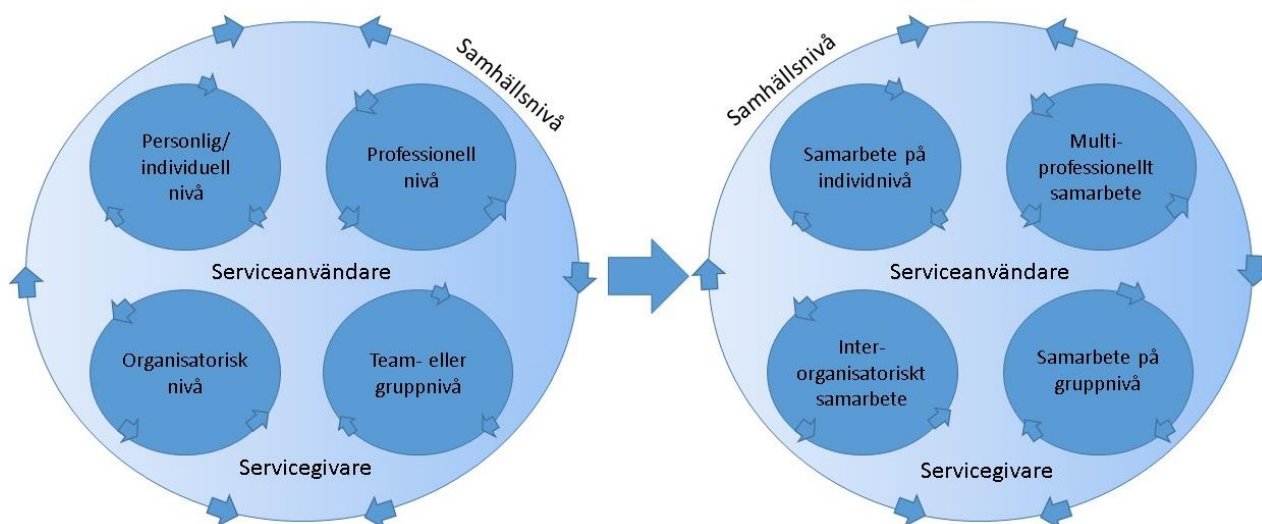
För att få till stånd ett gott multiprofessionellt samarbete behövs både vertikal och horisontell integrering. Jag har i modellen ovan bearbetat om Nordströms et al.:s (2016, 41) modell för att hänvisa till de olika systemnivåer som behöver tas i beaktande vid

integrering. Figur 3 belyser alltså att det behöver ske en integration på samhällsnivå, organisatorisk nivå och mellan de olika professionella grupperna och individerna, för att få till stånd ett gott multiprofessionellt samarbete. Nedan kommer en systemisk modell över samverkan att presenteras. Denna modell stödjer teorin om att samarbetet skall byggas upp genom att ta i beaktande olika nivåer såsom samhällsnivå, organisationsnivå, samt grupp- och individnivå.

#### **4.1.3 En systemteoretisk modell över samverkan**

En modell över samverkan som baserar sig på systemteorin är Whittingtons (2003, 41 & 46) modell över samverkan, som även Crawford (2012, 49–50) lyfter fram för att belysa det multiprofessionella samarbetets teoretiska referensram. Denna modell åskådliggör på ett tydligt sätt att för att få till stånd multiprofessionellt samarbete, behöver det finnas samverkan på olika plan: allt från det individuella planet till den mer övergripande samhällsnivån (se figur 4, s. 16). Även Thylefors (2013, 73–75) tar upp fem huvudfaktorer som påverkar samarbetets täthet, rollutformning och samordning. Dessa så kallade "situationsfaktorer" påminner till stor del om Whittingtons fyra nivåer.

Den första av Thylefors' (2013, 73) situationsfaktorer är "sammanhanget/ organisationen", vilket innefattar sådant som arbetsteamet inte kan påverka, utan som beror på samhället, organisationsledningen etc. Den andra faktorn är teamet och innefattar sådant som teamet själv kan kontrollera. Den tredje är "individuella teammedlemmar", alltså att personliga och professionella karaktärsdrag påverkar samarbetet. Den fjärde situationsfaktorn är "arbetsuppgifter", vilket innebär att olikheter i yrkespersoners uppgifter och processer inverkar på samarbetets täthet och sätter krav på förståelse för varandras roller och arbete. Den femte och sista situationsfaktorn är "patienten/klienten" och att dennes behov och krav påverkar MPS. (Thylefors 2013, 73–75). Alla dessa fem situationsfaktorer återspeglas även i Whittingtons modell över samverkan.



Figur 4. Systemisk modell över samverkan (baserad på Whittington 2003, 41 & 46 och Crawford 2012, 50).

Den systemiska samverkansmodellen modell (se figur 4) innefattar två cirklar. Det yttersta skiktet av cirklarna symboliserar *samhällsnivån*, de samhälleliga aspekter som Tyhlefors (2013, 73) benämner som sammanhang, sådant som beror på samhället, politiken och arbetsmarknaden. Samhällsnivån beskrivs även närmare i kap. 5.1 (s. 20).

Den första cirkeln (till vänster) i figur 4 beskriver och identifierar huvudsystemen, dvs. deltagarna i samverkan. Den andra cirkeln utvecklar systemet genom att beskriva kontaktytan och förhållandet mellan dem. Utifrån denna modell behöver alltså systemet och de olika aktörerna utvecklas för att få till stånd ett lyckat MPS. Den systemiska modellen illustrerar även serviceanvändarnas centrala position då det gäller samverkan. Modellen hjälper förståelsen för och analysen av sambanden mellan yrkespersonerna och organisationen i praktiken. (Crawford 2012, 49–50). På samma vis som Whittingtons modell (2003, 41 & 46), granskas i detta slutarbete multiprofessionella teman utifrån en organisatorisk nivå, gruppnivå, professionell nivå och individnivå. I examensarbetet tas även samhällsnivån med i den systemiska modellen (figur 4). I examensarbetets teoretiska och empiriska del presenteras även det multiprofessionella samarbetets faktorer utifrån dessa nivåer.

Enligt Whittingtons modell skall samarbetet byggas upp enligt serviceanvändarnas behov, därav är de placerade i mitten. Även servicegivarna (vårdarna) spelar en viktig roll och är därför placerade i cirklarna. I den första cirkeln finns de huvudaktörer som ingår i vårdrelaterat samarbete. I detta komplexa system kan man inte veta exakt hur alla aktörer

påverkar varandra och vad det resulterar i, därmed illustrerar pilarna detta flöde av input och output (Whittington 2003, 40).

Inom systemteorin delar man in system i öppna och slutna system. Slutna system har ingen växelverkan över gränserna, medan öppna system karakteriseras av att det sker utbyte över systemgränserna. I figur 4 ser man att systemen i den andra cirkeln är mer öppna och samverkar med varandra. Andra viktiga systemteoretiska aspekter är hur energin flödar in, genom och ut ur olika system. Dessa processer delas in i inflöde (energi som kommer utifrån in i systemet), genomflöde (hur energin används i systemet), utflöde (hur den utgående energin påverkar omgivningen), återkopplingslingor (information och energi som studsar tillbaka till systemet p.g.a. hur dess utflöde påverkade omgivningen) samt entropi (då systemet använder sin energi och får slut på den om det inte får ny energi utifrån). (Payne 2013, 213–214).

Faktorer som påverkar hur de olika systemen interagerar med varandra, hur nära samarbetet blir mellan olika verksamheter och olika professionella, består bl.a. av lagliga förpliktelser till multiprofessionellt samarbete (MPS), de professionellas attityder för MPS samt hur nödvändigt MPS är för att uppfylla verksamhetens målsättningar. Systemen bör vara tillräckligt öppna för att kunna vara flexibla och kunna ta emot inflöde och ge ut utflöde. Stängda system eller alltför öppna system hindrar däremot MPS. För att lyckas med samarbetet bör man därför ha medvetenhet om att det finns gränser mellan systemen (verksamheterna) för att de inte skall bli totalt öppna, och i stället fokusera på hur man på bästa sätt kan arbeta inom systemet och mellan systemgränserna, både från organisationsnivå och ner till individnivå. (Crawford 2012, 49).

Nedan beskrivs de olika nivåerna i den första cirkeln i figur 4 (s.16) mer ingående:

*Personlig/individuell nivå:* Personliga karaktärsdrag som inte härrör sig yrkestillhörighet, teamtillhörighet eller organisationstillhörighet. Sådant som formar den personliga sfären är kön, religion, hälsa, inlärningsstil, sätt att fatta beslut, tidigare sociala erfarenheter, talanger, intressen och sätt att reagera på exempelvis förändringar. (Whittington 2003, 42).

*Professionell nivå:* Den professionella identitet som finns hos de många olika vårdgivande yrkesgrupperna, t.ex. psykiatrijukskötarens eller handledarens professionella identitet. Utbildningen påverkar och formar vår kunskap, hur vi löser problem, våra värderingar och

hur vi ser på omvärlden. Formandet av den professionella identiteten är sedan en process som fortsätter i arbetslivet. (Whittington 2003, 43).

*Team- eller gruppnivå:* Team är en gruppering av yrkesmänniskor som på ett påtagligt sätt har med varandra att göra och som oftast arbetar på samma arbetsplats. Teamen utgör de viktigaste arenorna för samarbete, både då det gäller samarbetet inom teamen och mellan de olika teamen. (Whittington 2003, 44).

*Organisatorisk nivå:* Den organisatoriska aspekten behövs, eftersom samarbete påverkar organisationer och dess strukturer. Ökat samarbete kräver organisationsförändringar av olika grad. Personalen behöver kunskap om organisationen och hur man arbetar inom den. (Whittington 2003, 44–45).

I den andra cirkeln i den systemiska modellen (se figur 4, s. 16) övergår modellen från att ha beskrivit de centrala delarna, till att behandla samarbetsprocesserna eller interaktionen dem emellan.

*Samarbete på individnivå:* Möten i arbetet är inte bara professionella möten eller organisatoriska möten, de är även personliga möten. På denna individuella nivå handlar det om att samarbetets framgång är beroende av personliga aspekter, såsom nivån av förtroende eller tillit mellan individerna. (Whittington 2003, 48).

*Multiprofessionellt samarbete:* Denna nivå härrör sig till de förmågor och den kunskap som de professionella behöver utveckla för samverkan. I denna nivå belyses professionell identitet, förtroende för egen expertis, flexibilitet i den egna yrkesrollen osv. De olika professionerna har ett delat ansvar för att känna till varandras verksamheter och samarbeta för att kunna guida serviceanvändarna genom servicetunneln. Man behöver hålla koll på vad som är vanligt/typiskt för de yrkespersoner som är inblandade, vilka specifika färdigheter de olika yrkesrollerna har, vad som är komplementärt mellan dem, vilken spänning eller konflikt som finns mellan dem samt hur man skall kunna arbeta tillsammans. (Whittington 2003, 48–50). Det behövs en rad olika kommunikativa förmågor av de professionella, vilka tas upp närmare i kap. 5.4.2 (s. 27).

*Samarbete på gruppnivå:* Teamen behöver samarbeta för att ge integrerad vård. Vilka främjande respektive hindrande faktorer som förekommer inom och mellan de



multiprofessionella teamen, presenteras i kap. 5.3 (s. 23) där tidigare forskning tas upp, men även i den empiriska studiens resultat kap. 7.1.2 (s. 46) och kap. 7.2.2 (s. 57).

*Interorganisatoriskt samarbete:* Förutom att de professionella och teamen skall samarbeta, behöver organisationerna i sig samarbeta. Här handlar det mer om engagemang, tillit och gemensamma målsättningar på organisatorisk nivå. På denna nivå kan ledare på olika nivåer påverka sådant som resursfördelning och genomgående strategier. (Whittington 2003, 53–55).

Hörnstenarna i den modell som Whittington presenterar är att det skall finnas förtroende mellan personerna i systemen och att man bör bygga upp gemensamma visioner och målsättningar. Samtidigt bör man bevara tillräcklig flexibilitet i roller och strukturer för att bevara autonomi och möjliggöra spelrum och kreativa lösningar. En annan viktig del är att utveckla delat ansvar mellan de professionella så att serviceanvändarna inte behöver ”falla mellan stolarna”, utan få sömlöst stöd genom hela sin process. Whittingtons modell betonar även att tvärprofessionella team och interorganisatoriskt partnerskap behövs för att få till stånd integrerad vård. Den röda tråden i modellen är sammanfattningsvis: klientcentrering, interpersonellt förtroende, gemensam vision, professionell autonomi, delat ansvar mellan de professionella, samt integrerad vård genom tvärprofessionella team och interorganisatoriskt samarbete. (Crawford 2012, 51). I följande kapitel utvecklas den systemiska samarbetsmodellen (figur 4, s. 16) genom att tidigare forsknings centrala faktorer för samarbete presenteras inom de olika nivåerna: samhällsnivå, organisationsnivå, gruppnivå samt professionell och individnivå.

## **5. Tidigare forskning om centrala faktorer för multiprofessionellt samarbete**

I nedanstående kapitel redogörs för de olika teman som i tidigare forskning har framkommit som centrala för multiprofessionell samverkan. I enlighet med den systemteoretiska modell som presenterats i kapitel 4.1.3 (s. 16), kommer jag att presentera dessa utifrån olika systemnivåer; nämligen samhällsnivå, organisatorisk nivå, gruppnivå samt professionell och individnivå. Nyckelfaktorn ”kommunikation” genomsyrar däremot alla dessa nivåer, därmed presenteras denna i ett skilt kapitel i slutet.

## 5.1 Faktorer på samhällsnivå

Multiprofessionellt samarbete är mycket viktigt på samhällsnivå för att öka befolkningens hälsa och välbefinnande och råda bot på mångfasetterade vårdbehov. Samarbete behövs för att möta de komplexa hälsovårdsbehoven med de begränsade ekonomiska resurserna och den begränsade arbetskraftsstyrka som finns inom social- och hälsovården. Många länder har ett fragmenterat social- och hälsovårdssystem som har svårt att hantera tjänstebrukarnas komplexa behov. Lösningen på dessa välfärdssamhälleliga problem består av interprofessionell utbildning i vårdutbildningar och samverkan mellan olika professioner i arbetslivet. I detta arbete tas fasta på hur man skall få till stånd en god samverkan mellan skola, psykiatri och barnskydd kring en klient eller familj. Behovet att interprofessionell utbildning kan nämnas som en nationell handlingsåtgärd för att främja MPS, men desto närmare beskrivs inte de insatser som behövs för att reformera högskolor och vårdutbildningar. (WHO 2010, 10–11; WHO 2013, 4 & WHO 2016, 1).

På samhällsnivå handlar det om vad beslutsfattare på riksnivå kan göra för att främja MPS. Samordnade politiska handlingsstrategier är en nyckelfaktor. Den finländska systemiska verksamhetsmodell som tidigare nämnts i kap.4.1 (s. 11) är ett exempel på en nationellt gemensam handlingsstrategi. Modellen innebär att barnskyddets familjearbete i hela landet skall ha gemensamma innehållselement istället för uppdelning baserat på serviceform. Dessa gemensamma innehållselement har som syfte att underlätta samarbete över organisationsgränserna. Innehållselementen är barncentrerat skydd, bedömning av barnets och familjens situation och stödbehov, konkret hjälp, handledning, närstående- och gemenskapsstöd samt vård. Målet är sedan att olika aktörer (såsom skola och psykiatri) aktivt skall vara med i dessa innehållselement. (Alatalo et al. 2017, 6 & 56–57). WHO (2010, 31 & 34) tar även upp att man bör göra upp kort- och långsiktiga strategier för hur man får till stånd en multiprofessionell arbetskraft på både nationell och lokal nivå. Att införa lagstiftning och regelverk som stödjer MPS är viktigt eftersom lagstiftning både kan fungera som möjliggörare och hinder för MPS. Det behövs sådan lagstiftning som organiserar, övervakar och hanterar främjandet av samverkan mellan socialvård, sjukvård och skola.

I Nordström et al.:s (2016, 15) undersökning framkommer det likaså att MPS behöver stöd i politiska beslut. I Sverige är så kallade samordnade individuella planer (SIP) sedan 2010 en lagstadgad insats för dem som behöver insatser från både hälso- och sjukvård samt socialvård. Svensk lagstiftning stöder på detta vis att professionella inom hälso- och

sjukvård, socialvård och skola behöver samverka för att barn och unga skall få den hjälp de behöver (Nordström et al. 2016, 2–3). Samarbete över organisationsgränserna tas även upp på flera olika ställen i den finländska lagstiftningen, såsom i hälso- och sjukvårdslagen (2010/1326, § 69–70), socialvårdsslagen (2014/1301, 44 §) och barnskyddslagen (2007/417, 15 §). Då det gäller bildningsidans lagstadgade förpliktigande till samverkan kommer det främst fram då skolan tar till disciplinåtgärder. Det framkommer i lagen om grundläggande utbildning (1998/628, 36 a§) att socialvården vid behov skall underrättas då disciplinåtgärder görs. Då det är frågan om avstängning av ett läropliktigt barn är man däremot förpliktigad att ha med en representant från socialvården (2007/417, 24 § 2 mom. & 1998/628 36 a 7 mom.). Lagstiftningen bör hjälpa yrkesverksamma att samarbeta i sådana situationer där familjer har klientskap inom flera organisationer. Det finns många saker som kräver samarbete, både i utredandet av vårdbehovet och då de nödvändiga tjänsterna skall ordnas. Att vårda och ge rätt insatser till långt skridna hälso- och psykosociala problem kräver både tid och långsiktigt arbete (THL 2017, 3).

På samhällsnivå behöver man, förutom lagstiftning, även göra upp ramar för och anslå finansiella medel för att personal skall få tillgång till fortbildning och annat "lärande" som behövs för att personalen skall ha kapacitet till MPS. En annan viktig insats är att göra upp en sammanhängande modell för hur man bäst planerar och finansierar MPS. Det behövs exempelvis nationella riktlinjer för samarbete och ansvarsfördelning i gränlandet mellan barnskydd och psykiatri. Slutligen behövs förbättrad kommunikation mellan professionella i systemets alla nivåer, även på samhällsnivå, för att MPS skall bli framgångsrikt. (WHO 2010, 31–35 & Timonen-Kallio et al. 2017, 391).

## **5.2 Faktorer på organisationsnivå**

För att övergå från det mer övergripande samhällsliga systemet till de mindre systemens faktorer för lyckat MPS, ses i detta kapitel faktorer på organisationsnivå. Enligt Whittington (2003, 53–55) handlar det på organisationsnivån om engagemang och tillit, men även om gemensamma målsättningar och riktlinjer samt ledning och personalpolitik. På denna nivå kan ledare på olika nivåer påverka sådant som resursfördelning, miljömässiga faktorer och genomgående strategier.

### **5.2.1 Administrativa aspekter, gemensamma riktlinjer och ramavtal**

För att personal skall ta till sig MPS behövs på organisationsnivå tydliga styrningsmodeller och strukturer för det gemensamma förfarandet i själva arbetet. Styrningsmodeller behöver utvecklas så att de innefattar uppdaterade strategiska planer för hur samarbetet skall implementeras. Styrningsmodeller bör även inbegripa arbetsbeskrivningar, visioner och syften som främjar MPS. Strukturerna i organisationen behöver i sin tur främja delat beslutsfattande mellan olika professioner och regelbunden kommunikation mellan de olika professionerna. (WHO 2010, 28 & 30).

Sådant som man på organisatorisk nivå kan göra för att främja samarbete är att garantera kunskap och ramavtal. Som utgångspunkt för samarbetet behöver nämligen de yrkeskunniga ha kunskap om vad det systematiska samarbetet innebär och tydliga gemensamma riktlinjer för hur man utför arbetet rent konkret. (Nordström et al. 2016, 14). Det behövs en allmänt vedertagen konceptbas och ett tydligt och konkret system för hur samarbetet skall se ut. Varje yrkesperson i det tvärprofessionella teamet skall veta vad samverkan innebär, ett möte eller en telefonkonsultation är inte tillräckligt för att man skall kunna tala om samverkan. (Timonen-Kallio et al. 2017, 395).

Ett strategiskt ramverk som baserar sig på ett integrerat servicesystem presenteras av Williams (2012, 555). Detta system innefattar samlade budgeter mellan sektorerna, gemensamma fysiska utrymmen, utveckling av s.k. "locality teams" (multiprofessionella team) och en rationalisering av styrningen. Även Williams (2012, 554) konstaterar att knappa ekonomiska resurser försvårar integrering av verksamheter. Ändå är samverkan enligt Williams (2012, 550) ett sätt att effektivera och maximera då man har knappa resurser.

### **5.2.2 Miljö**

Enligt WHO (2010, 29–30) bör man på organisationsnivå se till de fysiska utrymmena och hur dessa kan främja samarbetet. Detta kan innebära att den fysiska miljön inte avspeglar hierarkier eller sektorer, utan att man istället exempelvis har gemensamma utrymmen över sektorsgränserna. Även Jacobsen & Thorsvik (2014, 269) synliggör vikten av att man rent fysiskt är placerade på samma ställe, eftersom man då naturligt kommer i direktkontakt med varandra dagligen. De formella strukturerna, såsom ramavtal som nämnts här ovan, ger stöd för samverkan. Trots detta är även den informella kommunikation som

samlokalisering leder till mycket viktig. De regelbundna och vardagliga mötena i de gemensamma utrymmena uppmuntrar till social interaktion, relationer mellan professioner samt ömsesidig respekt och tillit. Denna naturliga kontakt kan bryta ner många hinder för samverkan (Williams 2012, 556).

### **5.2.3 Ledarskap och styrning**

Förutom styrningsmodeller och strukturer behöver personalen även märka att ledningen stödjer och tror på MPS. Vidare behöver personalen ges tid och utrymme för att kunna fokusera på MPS. Personalpolitiken i organisationen behöver genomsyras av att man uppmärksammar och stöder MPS, exempelvis genom att man ger ersättning för väl genomfört samarbete eller att man stöder personalens livslånga lärande. Livslångt lärande hjälper personal att vara redo och förbli redo för samverkan. (WHO 2010, 28–29; 35). Resurser i form av tillräcklig bemanning är viktigt för att personalen skall kunna få tillräckligt nära klientkontakt och ta sig tid för MPS (Timonen-Kallio et al. 2017, 397).

Enligt THL (Alatalo et al. 2017, 62) förutsätter ett gemensamt familjearbete att olika organisationers ledningar engagerar sig och möjliggör multiprofessionell samverkan. I Nordström et al.:s (2016, 15) undersökning framkommer det likaså att deltagarna i MPS, förutom politiska beslut, även behöver gemensam chefs-strategi för att på olika sätt kunna förverkliga det som multiprofessionellt gemensamt arbete innebär. Hesjedal et al. (439–441) konstaterar i sin tur att de professionellas engagemang, entusiasm och gemensamma målsättningar är viktiga förutsättningar. Dessa är faktorer som man ovanifrån kan påverka genom att ledningen engagerar och motiverar personal till detta arbetsätt.

Williams (2012, 555) lyfter upp något som han kallar för "samarbetande ledarskap" (collaborative leadership). Detta innebär att ledaren främjar kvalitativa förtroendefulla relationer mellan olika professioner och själv föregår med gott exempel och delar ledarskapsfunktionen för att uppmuntra övrig personal till samarbete. Ledare inkluderar och tar i beaktan olika yrkespersoners expertis och bidrag. Fokus skall ligga på ömsesidigt, gemensamt lärande och reflekterande.

### **5.3 Faktorer på gruppnivå**

Förutom faktorer av sammanhang och organisation, lyfter Whittington (2003, 48–53) och Thylefors (2013, 73–75) fram övriga huvudfaktorer för MPS inom grupp- och individnivå.

Nedan beskrivs de aspekter som är viktiga inom eller mellan de olika arbetsgrupperna eller teamen: kommunikation, en tydlig roll- och ansvarsfördelning, regelbundna team-möten för att etablera en gemensam kultur med ömsesidig tillit, gemensamt beslutsfattande och välfungerande informationsflöde.

Multiprofessionella grupper eller så kallade "team" är den form som det multiprofessionella arbetet ofta tar. Arbeta i team är den arena inom vilken man kan få till stånd integrering mellan olika discipliner, där de olika förmågorna hos de olika professionerna bidrar med något för att ge effektiva klientcentrerade vårdlösningar (Williams 2012, 556). Jacobsen och Thorsvik (2014, 256) konstaterar att man allt mer behöver arbeta i team då behovet av flera olika sorters kunskap ökar. Det är just denna typ av sammansatt kunskap som barnskydd, psykiatri och skola behöver erbjuda för de barn, unga och familjer som är i behov av sammansatt stöd. För att förverkliga teamarbete mellan olika sektorer, betonar Thylefors (2013, 115–116) vikten av att det finns möten, träffpunkter för det multiprofessionella teamet för att man skall kunna samarbeta, byta information, lösa problem tillsammans och fatta beslut.

### **5.3.1 Roll- och ansvarsfördelning**

Timonen-Kallio et al. (2017, 398) tar upp vikten av att det inom den multiprofessionella gruppen finns jämställdhet i status och ansvar, för att öka gruppmedlemmarnas trygghet i sin kompetens och auktoritet. Likaså konstaterar WHO (2013, 6) att hierarkitänkande är hämmande för samarbetet mellan olika professioner. Även Thylefors (2013, 104–105) och Nordström et al. (2016, 11) uppmärksammar att de professionellas olika makt och status hindrar samverkan. Ojämnt inflytande i både beslutsfattande och tillkallande av möten stärker känslan av att de olika professionella har olika makt eller status.

Revirstrider samt ifrågasättande och kritiserande av hur andra verksamheter har handlat beror enligt Timonen-Kallio et al. (2017, 395) på statuskillnader mellan yrken och att olika professioner har olika arbetsorientering och intressen. En god roll- och ansvarsfördelning samt en strävan efter jämlik status förefaller däremot främja samarbetet.

Enligt Jünger, Pestinger, Elsner, Krumm & Radbruchs (2007, 349) studie är "teamfilosofi" den näst viktigaste faktorn för samverkan. Teamfilosofi innefattar att teammedlemmarna behöver ha en gemensam förståelse för målsättningar, tillvägagångssätt och hur de identifierar sig med sin roll eller sitt arbete. Att arbeta mot samma målsättningar är viktigt

för den multiprofessionella gruppen (Hesjedal et al. 2015, 442). Gemensamma målsättningar minskar på konflikter inom gruppen (Jones & Jones 2011, 178). De gemensamma målsättningarna hör starkt ihop med det delade syfte som Williams (2012, 555) menar att teamet behöver för att samarbeta och lära sig av varandra.

Timonen-Kallio et al. (2017, 398) nämner att trygghet i kompetens och auktoritet ökar av att de professionella är medvetna om sina huvudsakliga uppgifter och roller. Både Timonen-Kallio et al. (2017, 399) och Hesjedal et al. (2015, 442) menar att delat professionellt ansvar är en central främjande faktor för MPS. Vidare tar Hesjedal et al. (2015, 441–442) upp att ansvarsfördelning och rollfördelning bör vara tydliga samt att alla parter förbereder sig bra inför gemensamma möten med gruppen. Det viktiga i multiprofessionellt samarbete är inte alltid att man skall ta nya beslut, utan att man samordnar och koordinerar de olika verksamheternas insatser så att de blir klara och tydliga för alla. (Nordström et al. 2016, 12).

### **5.3.2 Arbetskultur**

Nyckeln till att kunna förändra en organisation på ett framgångsrikt sätt ligger, enligt Enright (2015, 1396) i organisationskulturen och hur människorna inom organisationen samarbetar och interagerar sinsemellan. En kulturförändring är inte något som en ledare ensam kan göra och påverka, det handlar snarare om en mängd olika aspekter som inträffar dagligen. Komponenterna som behövs för kulturförändring innefattar: beteende, egenskaper, övertygelser, förväntningar och relationer. (Enright 2015, 1397).

Organisationskulturens grundelement, är enligt Laakkonen (2004, 33) värderingar, normer och roller. Dessa tre element är både sammanflätade och påverkar varandra. Laakkonen tar vidare upp att alla gemenskaper, mer eller mindre medvetet, skapar modeller som styr medlemmarnas beteende och som markerar just den gemenskapen. Dessa modeller är enligt Laakkonen kärnan då det gäller organisationskulturens förändringar och socialiseringsprocesser.

En stark arbetskultur frambringar, enligt Jacobsen och Thorsvik (2014, 114) tillit, tillhörighet och gemenskap, vilket underlättar och främjar samarbetet mellan människor, yrkesgrupper och hierarkiska nivåer. Om människor känner tillit och gemenskap vill de alltså samarbeta istället för att se till sina egna intressen. Tillhör man samma kultur, delar man både språk och kommunikationssätt, vilket gör det lättare att samarbeta. Jacobsen och Thorsvik (2014,

114) poängterar att ett effektivt sätt för att få till stånd samarbete, är genom att jobba på verksamhetskulturen och kommunikationen.

Det är viktigt att skapa en positiv atmosfär i den multiprofessionella gruppen. Både Nordström et al. (2016, 14–15) och Hesjedal et al. (2015, 441) har i sina undersökningar kommit fram till att jämbördig kollegial respekt och jämställdhet är viktigt för att främja samarbetet. Jämställdhet är även starkt sammankopplat med att känna sig välkommen och uppskattad i gruppen. Kollegialt förtroende och tillit är viktigt eftersom de leder till samhörighet, trygg delning av information, innovativa arbetssätt och mindre frånvaro (Jones & Jones 2011, 180).

Likaså tar Hesjedal et al. (2015, 442) upp att närhet o tillit är en viktig ingrediens vid MPS. En grups tillit till varandra, deras ansvar för varandra och vilja att stödja varandra, kan benämnas "starkt gruppengagemang". Detta gruppengagemang är en viktig faktor för MPS, enligt Jünger et. al (2007, 350). Arbetsklimatet skall karaktäriseras av erkännande, återkoppling och humor (Jünger et al. 2007, 348).

## **5.4 Faktorer på professionell nivå**

De professionella inom de olika arbetsgrupperna har en central roll i hur samarbetet över verksamhetsgränserna lyckas. I detta avsnitt belyses därmed de aspekter som härrör till den professionella identiteten, vad de professionella har för behov och vilka förmågor och vilken kunskap de behöver utveckla.

### **5.4.1 Professionell autonomi**

Nära teamarbete är viktigt i MPS, men bevarandet av teammedlemmarnas autonomi och tydliga professionella identitet leder till ett effektivare teamarbete, ökar arbetstrivseln och förhindrar utbrändhet (Jones & Jones 2011, 179–180). Jünger et al.:s (2007, 249) studie bekräftar att autonomi med avseende på beslutsfattande, resurser och professionell rolltillfredsställelse är viktigt i teamarbete. Respekten för teammedlemmarnas självbestämmanderätt bör därmed tas i beaktan i all kommunikation som sker inom det multiprofessionella teamet.



#### 5.4.2 Professionell identitet och medvetenhet om andras roller

Kommunikation mellan de professionella är viktigt för att lyckas med multiprofessionellt arbete (Hesjedal et al. 2015, 442–443). De professionella behöver alltså utveckla sin förmåga till kommunikation och konflikthantering. Övriga förmågor som behövs för samarbete mellan olika professionella är att kunna använda sig av formella och informella nätverk, kunna hantera sekretessen, bilda samarbetande arbetsrelationer, kunna förhandla om arbetsfördelning, hantera orättvis behandling av andra yrken, kunna framhäva sin egen synvinkel, samt kunna anpassa sig till förändring. Andra viktiga aspekter med anknytning till den professionella nivån är att man behöver utveckla och behålla sin professionella identitet, samtidigt som man är flexibel och redo att utvecklas. (Whittington 2003, 48–50 & Suter, Arndt, Arthur, Parboosingh, Taylor & Deutschlanders 2009, 43–45).

Enligt Timonen-Kallio et al. (2017, 398) försvåras jämlikt samarbete av osäkerhet i den egna kompetensen och auktoriteten. Man behöver även uppmärksamma likheter och olikheter i förhållande till de andra professionerna samt ha förtroende för sin egen expertis utan att använda den som en barriär gentemot andra. De professionella behöver kunna särskilja på vilka olikheter som behöver finnas mellan professionerna och vilka som snarare handlar om trångsynthet i yrkesroller. Man behöver likaså veta, behålla och företräda den egna verksamhetens tillvägagångssätt och prioriteringar samt förena dem med sina professionella värderingar. (Whittington 2003, 48–50 & Suter et. al 2009, 43–45).

Både Thylefors (2013, 144) och WHO (2013, 5) lyfter fram att professionskulturer och stereotyper försvårar samverkan, eftersom samverkan kan ses som ett hot mot den egna professionens "territorium". Man behöver ändra på uppfattningen om att en viss profession måste markera sitt territorium genom att ha monopol över ett visst kunnande och visst beslutsfattande (WHO 2013, 5). Crawford (2012, 122) betonar på samma vis att man inte vill dela med sig av sitt kunnande eller sin information, för att inte ge avkall på det "professionella reviret". Enligt McNeil, Mitchell och Parker (2013, 291) är huvudorsaken till att MPS misslyckas just att man upplever ett hot mot den professionella identiteten. Sådant som triggat dessa konflikter över den professionella identiteten är enligt McNeil et al. (2013, 295–296) ojämlig behandling, olika övertygelser eller värderingar, krav på att smälta in eller integreras i enlighet med den dominerande kulturen, samt förolämpningar eller förnedrande behandling. McNeil et al. (2013, 300) tar även upp att enbart kontakt med andra professionella kan trigga igång konflikter ifall t.ex. ångestnivån i gruppen är hög.

Professionella behöver ha kunskap om de andra professionernas roller och expertis för att samarbetet skall kunna fungera. Okunskap om andra professioners roller och kunskap, olika förväntningar på samarbetet och de andra aktörerna, är nämligen starkt förankrat i tidigare forskning som centrala hinder för samverkan (WHO 2013, 6; Crawford 2012, 122; Timonen-Kallio et al. 369 & 399).

Crawford (2012, 164) lyfter fram att den röda tråden för samverkan handlar om att olikheter i professionella värderingar, kultur och etik behöver erkännas och värderas, annars kan de utgöra ett hinder för samverkan. Samverkan blir som mest effektiv då vi slutar förvänta oss att alla andra skall vara som oss och ha exakt samma värderingar och synpunkter som oss. Istället bör vi uppmärksamma och värdera mångfalden och dra nytta av mångfalden för att kunna ge bättre service till tjänsteanvändarna. (Crawford 2012, 164).

## **5.5 Faktorer på individnivå**

På den personliga nivån ställer multiprofessionellt samarbete krav på teammedlemmarnas personliga färdigheter och sociala förmågor. Enligt Crawford (2012, 99) behövs personliga färdigheter såsom självmedvetenhet, förmåga till reflektion, självförtroende, emotionell intelligens, integritet, förmåga till problemlösning och kritiskt tänkande samt ansvarstagande. En av de viktigaste aspekterna är kommunikationsförmåga, i form av att kunna förhandla, lyssna, artikulera och hantera konflikter. Andra sociala förmågor som krävs innefattar färdigheter för att hantera relationer mellan professionsgränserna, empati, respekt, ärlighet/uppriktighet, ett personcentrerat och holistiskt tänkesätt och arbetssätt samt förmåga att kunna inge förtroende. På det individuella planet handlar det alltså mycket om emotionell intelligens och integritet. (Crawford 2012, 99; Suter et al. 2009, 46; 50 & Jünger et al. 2007, 350). Hesjedal et al. (2015, 442–443) tar i sin tur upp att då man odlar närhet och förtroende mellan yrkespersonerna, leder det till att man kan stödja varandra och det blir låg tröskel för att ta kontakt och kommunicera med varandra.

På gruppnivå poängterades att ömsesidig öppenhet och respekt samt positiv attityd leder till ett bra arbetsklimat (Jünger et al. 2007, 350). Just positiv attityd eller grundsyn, personligt engagemang och entusiasm samt att man förbundet sig till samarbetet, är på det individuella planet det mest centrala främjande element för ett lyckat MPS. En samarbetsvillig attityd gentemot de andra i gruppen smittar av sig på de övriga och främjar deras engagemang. (Hesjedal et al. 2015, 439–440).

## 5.6 Kommunikation

Man kan i ovannämnda nivåer se att kommunikation spelar en central roll för samarbete, på både organisations-, grupp-, professionell och individnivå. Faktum är att det mest framträdande i flertalet tidigare studier inom samverkan är slutsatsen om att huvudfokus för ett lyckat samarbete ligger i kommunikationen (bl.a. Hesjedal et al. 2015, 443; Suter et al. 2009, 46 & 50 & Jünger et al. 347 & 352). För att påvisa kommunikationens nyckelroll i de olika samverkansfaktorerna, studeras kommunikationens inverkan närmare i detta avsnitt. Både god informell och formell kommunikation behövs mellan olika professionella och mellan de professionella och klienten/familjen för att få till stånd ett multiprofessionellt klientorienterat arbete (Suter et al. 2009, 46). Vi har redan tidigare konstaterat att den fysiska miljön, det att man verkar i samma utrymmen eller nära varandra, främjar den informella kommunikationen. Den formella kommunikationen stöds bland annat av gemensam terminologi och dokumentation (Nordström et al. 2016, 15).

Kommunikation är den viktigaste nyckelfaktorn för intern integration och extern anpassning, enligt Jacobsen och Thorsvik (2014, 256). Med andra ord är den även en av de viktigaste faktorerna vid ett lyckat MPS. Suter et al. (2009, 46 & 50) styrker detta med att konstatera att kommunikation och kommunikationsfärdigheter är de viktigaste aspekterna för lyckad samverkan. Kommunikation framkommer även i Jünger et al.'s studie (2007, 349 & 350) som den viktigaste faktorn enligt de teammedlemmar som intervjuats i studien och som den näst viktigaste indikatorn på lyckat samarbete.

Kommunikation har många olika funktioner inom MPS. Kommunikation: 1) förmedlar information, 2) är central för planering, 3) utgör grunden för målformulering, 4) påverkar strategiutveckling, 5) styr beteende, 6) koordinerar beteende, 7) bygger relationer, 8) utvecklar kultur, 9) bildar nätverk i och utanför organisationer samt 10) presenterar organisationen utåt. (Jacobsen & Thorsvik 2014, 256). Vidare delas kommunikation in i vertikal kommunikation och horisontell kommunikation. Den vertikala kommunikationen innebär kommunikation som förmedlas nedåt eller uppåt genom olika hierarkiska nivåer. Kommunikation mellan olika sektors team är oftast horisontell kommunikation eftersom det är kommunikation mellan olika enheter som är på samma hierarkiska nivå. Både vertikal och horisontell kommunikation behövs däremot, vilket påvisades i figur 3 i kap. 4.1.2 (s. 14) och dess illustration av vertikal och horisontell integration. (Jacobsen & Thorsvik 2014, 268).

MPS handlar långt om kommunikationsnätverk, vilket innebär kommunikation mellan olika aktörer, både horisontellt och vertikalt. Kommunikationsnätverken kan se olika ut både inom grupper samt inom och mellan organisationer. Eftersom det multiprofessionella samarbetet kring ett barn, ungdom eller familj skall vara klientcentrerat, kan klienten ses som den som är i mitten av kommunikationsnätverket, vilket även ses i den systemiska modell över samverkan som illustreras i figur 4 (kap. 4.1.3, s. 16). Även "Case managern" är av mer central roll än de övriga. Kommunikationsnätverkens kommunikation över organisationsgränserna främjas av en rad olika aspekter. (Jacobsen & Thorsvik 2014, 270).

Undersökningar påvisar att kommunikationen avsevärt minskar då den sker över formella organisationsgränser. Enligt Jacobsen & Thorsvik (2014, 269) beror detta på tre olika saker. För det första får kolleger som arbetar i samma enhet med liknande uppgifter gemensamma intressen och erfarenheter som gör det lättare att kommunicera med och förstå varandra. För det andra innebär likadan utbildningsbakgrund och kompetens gemensamt språk, likadan terminologi och gemensamma symboler, vilket underlättar kommunikationen och förståelsen av varandra. Slutligen betyder arbete inom samma enhet för det mesta att man rent fysiskt är placerade på samma ställe och naturligt kommer i direktkontakt med varandra dagligen.

Kommunikation är viktigt för en mängd olika aspekter, som alla påverkar MPS. De viktigaste aspekterna, enligt Jacobsen & Thorsvik (2014, 256–257) är: beslutsfattande, lärande, informationshämtning och -förmedling, koordinering samt kultur. Dessa aspekter har även lyfts upp under organisations-, grupp- och individnivå, nedan beskrivs närmare vad dessa fem aspekter innefattar med anknytning till kommunikation och dess centrala inverkan.

*Beslutsfattande* mellan professionella, arbetsteam och organisationer fås inte till stånd utan god kommunikation. Kommunikation och informationsförmedling påverkar starkt beslutens kvalitet, eftersom beslutsfattare behöver vara så välinformerade som möjligt då besluten skall fattas. (Jacobsen & Thorsvik 2014, 256 & Williams 2012, 556).

*Lärande* är vidare en viktig aspekt, med betoning på det gemensamma och ömsesidiga lärandet. Det att man kommunicerar erfarenheter till varandra och ger feedback, gör att man kan lär sig och utvecklas. Livslångt lärande hjälper personal att vara redo och förbli redo för samverkan. (Jacobsen & Thorsvik 2014, 257; WHO 2010, 35 & Williams 2012, 556).

Då det gäller *informationshämtning och -förmedling*, behövs kommunikation för att få information från andra organisationer. Kommunikation behövs likväl för att kommunicera den egna professionella synvinkeln, men även för att kommunicera organisationens värderingar till omvärlden, såsom ett klientorienterat synsätt. (Jacobsen & Thorsvik 2014, 257). WHO (2010, 28–29) tar upp att det behövs ett strukturerat informationssystem och informationsprocesser. Man menar vidare att informations- och kommunikationsteknologi kan användas på ett framgångsrikt sätt för att få till stånd samarbete kring en klient. I LAPE-programmet ingår projekt såsom ICT-projektet för samordnande av informationssystem, stödtjänster och teknik. Genom ICT-projekt definieras "ett barn – en serviceplan"-konceptet, vilket skall stödja det multiprofessionella samarbetet kring barn och familjer. (Huovila 2018, 2–3).

*Koordinering, roll- och ansvarsfördelning*, har ovan nämnts som en viktig faktor på grupp- och professionell nivå. Kommunikationsfärdigheter och rollförståelse är enligt Suter et al. (2009, 50) de viktigaste aspekterna för lyckad samverkan. För att man skall kunna samordna och koordinera arbetsuppgifter och ansvarsområden måste det finnas kommunikation. Koordinering innebär att de professionella behöver anpassa sig efter varandra. (Jacobsen & Thorsvik 2014, 256).

*Kultur och arbetsklimat* är slutligen även en central aspekt. För att skapa en gemensam kultur är kommunikation nödvändigt. För att bygga upp den önskade kulturen behöver man formulera och kommunicera eller förmedla dess värderingar och normer till de anställda. Dålig kommunikation är den vanligaste orsaken till konflikter, vilket inte skapar någon bra arbetsmiljö eller verksamhetskultur. (Jacobsen & Thorsvik 2014 & 256 Jünger et al. 2007, 352).

Ovan har kommunikationens olika aspekter uppmärksammats. Vad är då strategin, för att få kommunikationen att fungera? WHO (2010, 28–29) betonar att det behövs kommunikationsstrategier. Kommunikationsstrategier innefattar fungerande informationssystem (t.ex. att man utnyttjar informations- och kommunikationsteknologi), konflikthanteringsplaner, regelbundna tvärprofessionella möten, alla parter involverade i beslutsfattanden, förtroende för varandra, ärlig och öppen kommunikation samt en stark klientdelaktighet. Dessa element är centrala för att komma fram till gemensamma målsättningar, göra upp klientplaner/ vårdplaner, koordinera vilka uppgifter som hör till

vem och vilka som är gemensamma uppgifter samt för att förhandla om delade resurser. (WHO 2010, 28–29).

## 5.7 Sammanfattning

Kommunikation är ett värdefullt redskap för att uppnå gemensamt beslutsfattande och lärande, strukturerade informationsprocesser, god roll- och ansvarsfördelning samt en gemensam arbetskultur. För att kommunikationen skall löpa bättre och för att uppnå respekt och jämställdhet som vi tidigare nämnt (Nordström et al. 2016, 14–15; Hesjedal et al. 2015, 441), är viktiga nyckelfaktorer att det finns kommunikationsstrategier, samt att fokus ligger på barnet eller den unga, istället för på professionerna. Även Crawford (2012, 89) och den systemiska modellen på s. 16 (kap. 4.1.3), betonar att serviceanvändare skall stå i centrum av samarbetet. Brukarnas egen förmåga skall stärkas och man skall sträva efter att jämna ut maktobalans. Klientdelaktighet är en av de viktigaste aspekterna i multiprofessionellt samarbete (Crawford 2012, 161).

Den tidigare forskning och teoretiska grund som har presenterats i kapitel 4 och 5 visar på att det med klientfokus i bagaget, finns en rad olika nyckelfaktorer att ta i beaktande då det gäller samverkan över sektorsgränser. *På samhällsnivå* handlar dessa nyckelfaktorer om politiska handlingsstrategier, lagstiftning och regelverk som stödjer MPS, planering och finansieringsplaner av MPS på riksnivå samt god kommunikation. *På organisationsnivå* belyses tydliga styrningsmodeller och gemensamma riktlinjer för MPS, en fysisk miljö som främjar MPS, en ledning som stödjer MPS och engagerar personalen samt att ledarskapet själv samarbetar. *På gruppnivå* är regelbundna team-möten viktigt för att möjliggöra en gemensam kultur, ett gemensamt beslutsfattande samt informationsbyte och förtroende. De olika arbetsteamerna behöver även tydlig roll- och ansvarsfördelning. *På professionell nivå* poängteras professionell autonomi, trygghet i egen yrkesroll, medvetenhet om andras roller samt en utveckling av egen professionell identitet och professionella värderingar. Slutligen innefattar *den personliga eller individuella nivån* personliga färdigheter såsom emotionell intelligens och integritet, samt sociala förmågor såsom förmåga att förhandla och lyssna till andra. Dessutom är det viktigt med en positiv grundsyn och ett engagemang för MPS.

## 6. Metod och tillvägagångssätt

Härnäst beskrivs forsknings- och dataanalysmetod samt praktiskt genomförande av studien. Forskningsmetoden i denna undersökning är kvalitativ och utgångspunkten är de professionellas perspektiv. Detta innebär att undersökningsenheterna är professionella inom barnskydd, skola och psykiatri. Dessa yrkespersoner arbetar nära klienterna och deras familjer och de ingår därmed i det multiprofessionella arbetet kring klienten/familjen. Informanterna innefattar psykiatrisjukskötare, ergoterapeuter, socialhandledare, socialarbetare, kuratorer, skolhälsovårdare och lärare. Kvalitativ metod är lämplig, eftersom man inom kvalitativa studier är intresserad av att beskriva, förstå och tolka (Henricson 2017, 113). I denna studie beskrivs, förstås och tolkas de professionellas upplevelser av multiprofessionellt samarbete. Studien är en benchmarkingstudie, där god praxis inom det multiprofessionella samarbetet identifieras i en annan kontext, på en annan ort, för att sedan kunna tillämpas i Vasa stads verksamhet.

### 6.1 Benchmarking som metod

Benchmarking som metod strävar efter att få tillgång till kunskaper och färdigheter från andra verksamheter eller kontexter, för att sedan kunna tillämpa dem i den egna verksamheten och därmed förbättra verksamheten. Det handlar ofta om att jämföra vissa utvalda delar av den egna verksamheten, vilket i detta fall är det multiprofessionella samarbetet mellan tre olika verksamheter. Syftet är inte att kopiera andras arbetssätt, utan omforma dem så att de passar ens egen kontext. (Vuorinen 2013, 158–159).

Det finns i huvudsak fyra olika typer av benchmarking. Intern benchmarking innebär jämförelse mellan olika avdelningar eller enheter inom den egna organisationen. Konkurrensinriktad benchmarking betyder att man jämför prestation eller processer mot någon framgångsrik konkurrent inom samma bransch. Funktionsinriktad benchmarking innebär i sin tur att man jämför en viss del av verksamheten gentemot någon organisation som inte är inom samma bransch. Inom den fjärde och sista typen, generisk benchmarking (eller pressbenchmarking), söker man efter organisationer med liknande rutiner och processer, men som presterat bättre, för att få fram bästa praxis inom det område man är intresserad av att utveckla. I denna studie är det frågan om just denna sistnämnda typ av benchmarking eftersom skribenten ämnar identifiera god praxis inom det

multiprofessionella samarbetet för att utveckla detta samarbete inom Vasa stad. (Vuorinen 2013, 159–160).

Inom den offentliga sektorn i Finland skulle man, enligt Vuorinen (2013, 164), på ett mycket framgångsrikt sätt kunna tillämpa sig av benchmarking för att förbättra olika verksamheter. Till skillnad från affärsvärlden är den offentliga sektorn inte begränsad av konkurrensläget, vilket gör att "bästa möjliga praxis" kan spridas på ett mer kraftfullt sätt. Olika sektorer inom den offentliga sektorn, såsom skola samt social- och sjukvård, står inför liknande utmaningar och alla skulle därmed vinna på att lära sig av varandra för att hitta bästa möjliga praxis.

Benchmarkingprocessen följer fem steg. Kortfattat innebär processen att definiera utvecklingsbehoven, hitta ett jämförelseobjekt att inleda samarbete med, byta erfarenheter och lära sig hur den andra verksamheten fungerar, jämföra verksamheterna, definiera åtgärder och sätta upp målsättningar samt slutligen implementera kunskapen och förverkliga förändringarna. (Vuorinen 2013, 160–161; Brann, Walter & Coombs 2011, 128). Detta examensarbete behandlar benchmarkingprocessens tre första steg, men går även in på det fjärde steget "definiera åtgärder och sätt upp målsättningar" i och med att det i resultatdelen kommer att presenteras förslag på hur man kan främja de faktorer som gör att MPS fungerar och hur man kan minska på de faktorer som hindrar samarbetet. I denna undersökning jämförs inte verksamheternas funktion eller uppbyggnad i sig. Istället ligger fokus på intervjuer med professionella vid en annan ort, men inom de verksamheter vars samarbete undersökningen handlar om. Detta för att kunna finna bästa möjliga praxis inom multiprofessionellt samarbete. Studiens resultat kan sedan användas för att utveckla det multiprofessionella samarbetet inom Vasa stad.

Även Vedung (2002, 118) tar upp att offentliga insatser kan utvärderas på olika sätt, mot ekonomiska mål, intressenters mål och brukarmål. Författaren benämner det som "kollegial utvärdering genom utomstående likar" då man söker upp en annan verksamhet som presterat lite bättre inom det område man vill utveckla i sin egen verksamhet. Denna "kollegebedömning" är etablerad inom vissa områden inom den offentliga sektorn (t.ex. inom social- och hälsovården). Detta beror på att målsättningar och kvalitetsnormer är så invecklade och föränderliga att politiker valt att låta vetenskapligt utbildade yrkespersoner utforma dem mer exakt och även sköta utvärderandet. (Vedung 2002, 135).



Eftersom jag arbetar inom offentliga sektorn, ser jag benchmarking som ett utmärkt arbetssätt för att utveckla det multiprofessionella samarbetet mellan barnskydd, psykiatri och skola. Esbo stad och HUCS (Helsingfors universitets centralsjukhus) har valts som forskningsobjekt i denna benchmarkingstudie på grund av att de med tanke på deras storlek och omfattning och centrala läge i huvudstadsregionen, på ett annat sätt än i övriga landet kan tänkas ha möjlighet att prova på de verksamhetsmodeller som man på riksnivå satsar på. (STM 2018c, 41). Forskaren har däremot under processens gång varit medveten om att tillvägagångssätt och resultat från undersökningen inte rakt av kan överföras till en annan ort. Man behöver tillämpa och förankra benchmarkingens resultat i sin egen kontext. Vidare behöver resultaten av en benchmarkingstudie kommuniceras till och förankras hos verksamhetens personal och ledning för att benchmarkingen skall ge den önskade effekten av höjd servicekvalitet (Brann et al. 2011, 132).

## **6.2 Datainsamling**

Den data som används för att hitta samarbetets främjande och hindrande faktorer är insamlat genom kvalitativa temaintervjuer med yrkespersoner som arbetar inom det kommunala barnskyddets intensifierade familjearbete, i grundskolor eller på psykiatrisk poliklinik. De kvalitativa intervjuerna genomfördes som semistrukturerade tematiska individuella intervjuer med öppna frågor. Skribenten utgick från en intervjuguide, som inte behövde följas enligt ett exakt mönster (Bryman 2016, 468). I enlighet med Trosts (2010, 40–42) beskrivningar av strukturering i kvalitativa intervjuer är intervjuerna i detta examensarbete strukturerade i och med att de handlar om ett tydligt område (multiprofessionellt samarbete och erfarenheter av detta), medan intervjufrågorna består av öppna frågor. Hirsjärvi och Hurme (1988, 35) tar upp att man i semistrukturerade temaintervjuer riktar in sig på vissa teman och diskuterar kring dem.

Intervjumanualen (se bilaga 3) är indelad i teman enligt de olika nivåer som framkommer i teoridelen: organisatorisk nivå samt grupp- och individnivå. Under dessa nivåer finns totalt sju teman som skribenten har tagit fram på basen av tidigare forskning. Efter inledande frågor är temaindelningen i intervjumanualen följande: administration och organisatoriska aspekter, ledarskap, roll- och ansvarsfördelning, familje- och klientdelaktighet, samhörighet och ömsesidig respekt, kommunikation samt personligt engagemang. Intervjuerna avslutades därtill med några summerande frågor. Alla 13 intervjuer genomfördes med mellan 8.1.2019 och 12.2.2019. Intervjumanualen testades innan ”de

riktiga” intervjuerna genom att forskaren gjorde en pilotintervju med en yrkesperson inom intensifierat familjearbete.

Kvalitativa temaintervjuer har valts för att de karaktäriseras av att de inte är så förutbestämda. Vikten ligger istället på den intervjuades perspektiv och den intervjuade har stort inflytande på innehållet i intervjun. Intervjuerna ger då rika och detaljerade svar, vilket leder till flexibilitet i forskningen och justeringar av forskningens tyngdpunkter. Forskaren har valt intervju för att den är mest lämplig då syftet är att få fram de intervjuades uppfattningar, åsikter, erfarenheter och känslor som är svåra att få fram i t.ex. standardiserade frågeformulär. (Bryman 2016, 466–467).

### **6.3 Urval**

I kvalitativa undersökningar är det oftast inte relevant med representativa urval ur en statistisk mening (Trost 2010, 137). För att i denna studie få ett så adekvat stickprov som möjligt, användes så kallat strategiskt urval. Detta är, enligt Trost (2010, 138–139) en metod för att garantera den önskade variationen bland de intervjuade. I detta fall var variationen att man väljer respondenter med olika yrkesbeteckningar och som jobbar inom tre olika områden: barnskydd, skola och psykiatri. Ett krav var även att samtliga intervjuobjekt bör ha erfarenhet av multiprofessionellt samarbete och att de hade en arbetserfarenhet på minst ett år på den egna arbetsplatsen. Respondenterna var avgränsade till att arbeta inom det kommunala barnskyddets intensifierade familjearbete/familjerehabilitering, i grundskolor eller på psykiatrisk poliklinik. Gällande intervjuer av professionella inom barnskyddet och psykiatrin avgränsades alltså studien till att utföras bland yrkeskunniga inom öppenvården. Den valda enheten inom Esbo stads barnskydd utför familjearbete för i huvudsak 13–18-åriga klienter, vilket gjorde det naturligt att även fokusera sig på ungdomspsykiatriska polikliniker, istället för barnpsykiatriska sådana.

Rekrytering av intervjupersonerna skedde i samråd med deras närmsta förman inom vardera organisationen. I rekryteringsens första skede valdes intervjupersonerna enligt erfarenhet (de intervjuade skulle ha jobbat minst ett år) och enligt yrkesroll (vissa anställda kan ha en nyckelroll i det multiprofessionella samarbetet). Forskaren utgick från att minst 3 men högst 6 personer från varje organisation är ett lämpligt stickprov för att materialet inte skall bli för omfattande för en kvalitativ undersökning som denna. Vid kvalitativa

intervjuer är vanligtvis ett färre antal intervjuer att föredra, enligt Trost (2010, 143). Detta för att inte få för mycket material som är svårt att analysera då man bland annat lätt missar detaljer som nyanserar innehållet. I rekryteringens andra skede delgavs förmännen studiens informationsbrev (se bilaga 1), varefter förmännen presenterade studien för de yrkespersoner som berördes. Efter att personerna meddelat sitt intresse delgavs forskaren deras namn och kontaktuppgifter för att kunna komma överens om intervjutillfälle. Av samtliga informanter togs skriftligt informerat samtycke (se bilaga 2). Forskaren lät informanterna själva avgöra platsen för intervjun. Samtliga informanter valde att intervjuas på sin arbetsplats.

Undersökningsgruppen bestod av totalt 13 yrkespersoner, varav två informanter var män och elva kvinnor. Informanterna var i åldrarna 28–65 år, med en medelålder på 47,7 år. Informanterna hade i medeltal 9,5 års arbetserfarenhet, allt från 3 till 18 år, på den nuvarande arbetsplatsen (med samma eller liknande arbetsuppgifter). De flesta hade dessutom betydligt fler år av arbetserfarenhet från andra, snarlika verksamheter. Två av intervjuerna utfördes på svenska och resterande elva på finska. Eftersom resultaten redovisas i form av citat, är dessa citat översatta till svenska för att få till stånd en enhetlig text i examensarbetet och för att säkra anonymiteten hos de intervjuade. Under citaten anges vilken sektor informanten jobbar inom, inte yrkesbeteckning, detta för att säkra anonymiteten hos vissa mer ovanliga yrkesbeteckningar samt på grund av att det i resultaten inte framkommer stora skillnader mellan yrkena, utan snarare mellan sektorerna. Urvalet gjordes så att yrkesspridningen och fördelningen mellan sektorerna skulle bli så jämn som möjligt. Sektor- och yrkesspridningen illustreras i tabell 1 nedan.

Sektor Yrkesbet.	Ungdomspsykiatrisk poliklinik	Barnskyddets intensifierade familjearbete	Grundskola
Sjukskötare	2		
Socialarbetare	2		
Ergoterapeut	1	1	
Handledare		3	
Speciallärare			2
Kurator			1
Skolhälsovårdare			1
Totalt	5	4	4

Tabell 1. Undersökningsgruppens yrkesspridning och fördelning mellan sektorerna.

Inom psykiatrin kom informanterna från två olika ungdomspsykiatriska polikliniker inom HUUCS (Helsingfors universitets centralsjukhus) sjukvårdsdistrikt. På psykiatriska polikliniker består det egna arbetsteamet av flera olika yrkesgrupper, varför samtliga tre valdes att ge sin syn på det multiprofessionella samarbetet med barnskydd och skola. Detta resulterade i att två psykiatrisjukskötare, två socialarbetare, samt en ergoterapeut intervjuades. Inom barnskyddets intensifierade familjearbete finns traditionellt sett enbart professionella med yrkesbeteckningen "handledare". Inom den enhet för barnskyddets öppenvård där intervjuerna genomfördes förekom däremot även yrkesbeteckningen ergoterapeut, vilket gjorde att tre handledare och en ergoterapeut från barnskyddet intervjuades. Inom bildningssidan valdes både representanter från elevvården och från lärarkåren. Informanterna jobbade inom sex olika skolor, detta på grund av elevvårdens personal ofta har hand om flera skolors elever. Informanterna inom bildningssidan bestod av två speciallärare, en kurator och en skolhälsovårdare. Totalt tre personer nekade till att ställa upp på intervju. Totalt 13 personer intervjuades, varefter skribenten drog slutsatsen att undersökningsunderlaget var tillräckligt mångsidigt och gediget.

#### **6.4 Analysmetod**

Intervjuerna bandades för att flera gånger kunna ta del av ordval och tonfall i intervjuerna samt för att inte störa intervjun med att vara tvungen att skriva långa anteckningar under intervjuens gång (Trost 2010, 74). Under data-analysens första fas lyssnade forskaren igenom ljudinspelningarna och sammanfattade intervju svaren vid varje fråga. Dataanalysmetoden är kvalitativ innehållsanalys. Den kvalitativa typen av innehållsanalys innebär att det latenta innehållet analyseras, det vill säga att det görs en tolkning av textens innebörd (Bengtsson 2016, 9). Kvalitativ innehållsanalys går ut på att den verbala kommunikationen analyseras stegvis genom att hitta likheter och olikheter, vilket resulterar i olika innehållsområden och slutligen i olika teman. Analysmetoden är således tematisk, vilket enligt Widerberg (2002, 156) är den vanligaste metoden i kvalitativ forskning. Under den andra fasen lyssnade därmed forskaren igenom intervjuerna och skrev ut citat över de kategorier som föreföll vara främjande eller hindrande för samarbete. En kategorisering av citaten och återkommande begrepp gjorde att samband och olika teman kunde identifieras. Utifrån dessa teman kunde sedan vissa generella slutsatser dras. (Denscombe 2009, 373–374).

Innehållsanalysens process i denna studie, har i det stora hela följt de fyra steg som Bengtsson (2016, 9) beskriver, där varje steg skall göras noggrant och dubbelkollas. Det första steget innebär att man kontextualiserar materialet, alltså bekantar sig med materialet som helhet innan man bryter ner det i mindre delar. I analysens andra steg identifieras vissa innehållsområden och forskaren kontrollerade igen att alla aspekter av innehållet var täckta i förhållande till målet. Det tredje steget innefattar kategorisering, vilket kan hjälpas av att man triangulerar empirin mot tidigare forskning. I det sista steget sammanställs och konkluderas resultaten. (Bengtsson 2016, 11–12).

Metoden är induktivt tematisk i den bemärkelsen att forskaren identifierar teman som baserar sig på vad som framkommer i datamaterialet, teman identifieras under analysens gång. (Alvesson & Sköldberg 2008, 54 & Bengtsson 2016, 9–10). Samtidigt vill forskaren i detta arbete knyta an datamaterialets teman med de teman/faktorer som framkommit i den teoretiska bakgrunden och i tidigare forskning. Förhållningssättet är således en blandning mellan empirinära och teorinära, vilket Widerberg (2002, 144–145) förespråkar i sin text. Detta för att å ena sidan vara öppen för vad det empiriska materialet ger, det kan vara andra aspekter än de som tas upp i teorin, men å andra sidan se det empiriska materialet genom teorins modeller. Därmed presenteras även det empiriska materialet genom en systemteoretisk referensram i kap. 7.3 (s.70).

## **6.5 Validitet och reliabilitet**

Forskningens trovärdighet är en central del i både kvalitativ och kvantitativ forskning, enligt Denscombe (2009, 378). Validitet avser resultatens giltighet eller trovärdighet, medan reliabilitet handlar om resultatens pålitlighet eller tillförlitlighet. Denna studies validitet stärks av att det empiriska materialet jämförs med och trianguleras med tidigare forskning och teorier. Respondentvalidering har även använts så till vida att forskaren kontinuerligt och medvetet under intervjuernas gång har summerat, med egna ord, det som intervjupersonen har sagt och sedan verifierat om forskaren uppfattat saken rätt. Intervjupersonerna har då kunnat bekräfta eller rätta till de tolkningar som forskaren gjort. Den långa arbetserfarenheten bland informanterna gav även en tyngd i intervjusvaren, eftersom informanterna med gedigna erfarenheter i bagaget visste vad de talade om. Resultatets trovärdighet stärks även av att spridningen bland yrkesbenämningar och de olika sektorerna var jämn.

Då det kommer till reliabilitet handlar det om att samma resultat skulle uppnås, oberoende av vem som utför intervjuerna (Denscombe 2009, 381). Eftersom forskaren i denna studie inte har möjlighet att upprepa samma forskning påvisas pålitligheten istället genom att metod- och analysprocesser av det empiriska materialet, samt kopplingen till teori och tidigare forskning, redogörs så noggrant och tydligt som möjligt.

Styrkorna med en kvalitativ undersökning som denna, är att forskningen är förankrad i verkligheten eller förankrad ute på fältet samt att det empiriska materialet är rikt på detaljer och därför kan behandla invecklade sociala företeelser på ett bra och nyanserat sätt. Dessa resonemang bekräftar även Denscombe (2009, 398) i sin text. Dessutom ger kvalitativa studier möjlighet till både motsägelser och alternativa förklaringar. Det måste inte finnas enbart "en sanning".

En styrka med denna studie är att det i studien ingår olika professioner från alla de tre sektorer, vars samarbete studien fokuserar på. Det empiriska resultatet fann även stöd inom annan tidigare forskning inom ämnet. Detta stärker tillförlitligheten och medverkar även till att överförbarheten till andra kontexter blir starkare. Exempelvis kunde resultaten tänkas kunna tillämpas inom samarbete mellan personal inom psykiatrins avdelningsvård, barnskyddets anstaltsvård och skola, eller mellan barnskydd och vuxenpsykiatri, i de fall där föräldrarna har klientkap inom psykiatri och barnen inom barnskyddet.

En av nackdelarna med kvalitativ forskning är enligt Denscombe (2009, 399) att undersökningens data inte är så representativ, vilket försvagar generaliserbarheten. I kvalitativ forskning påverkar även forskaren själv i högre grad resultatet jämfört med kvantitativa undersökningar. En orsak till skribentens val av kvalitativ undersökning och just intervju, är det att forskaren i och med sin arbetserfarenhet är van med individuella samtal, där man aktiverar den andra parten och försöker minska sitt eget inflytande över samtalets gång. Eftersom detta är forskarens professionella styrka, blir det även till fördel i intervjuer i forskningssyfte. Övriga nackdelar som Denscombe (2009, 400) lyfter fram är att analysfasen tar mycket tid och att det finns risk för en alltför simplificerad och reducerad förklaring av resultaten.

## 6.6 Etiska överväganden

I denna undersökning studeras de professionellas egna erfarenheter och upplevelser av multiprofessionellt samarbete. Eftersom klienter inte intervjuades, behövdes inte forskningstillstånd från etisk nämnd. Att studera det multiprofessionella teamarbetet är däremot inte fritt från etiska och moraliska frågor. De professionella använder sig mycket av sin egen personlighet i arbetet med både klienter och som en del av det multiprofessionella teamet. I intervjufrågorna fästs däremot ingen vikt vid teammedlemmarnas personlighet. Eventuella meningsskiljaktigheter mellan de professionella i de tvärprofessionella teamen är en annan aspekt som kan tänkas dyka upp under intervjuernas gång. Sådan information kan vara av känslig natur och bör i så fall hanteras varsamt med beaktande av sekretess. Under intervjun har forskaren inte gått in på enskilda klientfall, eftersom fokus ligger på det multiprofessionella samarbetet. Trots detta har informanterna gett anonyma exempel på samarbetssituationer eller företeelser som är kopplat till samarbete.

Inom olika stadier av forskningen bör man ha olika etiska aspekter i åtanke, vilket Kvale och Brinkmann (2009, 78) behandlar i sin bok. Redan i början när man funderar över upplägget är det viktigt att se utöver det vetenskapliga värdet och även ta i beaktande huruvida kunskapen man uppnår via forskningen förbättrar de undersökta människornas situation (Kvale & Brinkmann 2009, 78). Genom denna undersökning hoppas jag kunna lyfta fram tillvägagångssätt och modeller för ett lyckat multiprofessionellt samarbete, så att man kan använda sig av metoderna i olika kontexter och i olika geografiska regioner. Undersökningen utförs i huvudstadsregionen, detta för att man inom Vasa Stad, på skribentens arbetsplats, skall kunna få idéer för hur man kan i sin egen kontext skall kunna tillämpa sig av de metoder som gör att multiprofessionellt arbete fungerar väl. Förhoppningen är även att detta examensarbete skall bidra med något nytt till de organisationer inom vilka intervjuobjekten arbetar, för att de skall kunna utveckla sitt samarbete sinsemellan. Vidare kunde intervjuerna leda till att intervjupersonerna själva reflekterar över sitt arbetssätt och därmed blir sporrade till fortsatt utvecklande av multiprofessionellt samarbete. I sista hand påverkar utvecklingen av multiprofessionellt samarbete framför allt klienterna och deras familjer, genom att arbetet blir mer klient- och familjecentrerat, vilket gynnar klienterna.

Forskaren har ansökt om forskningstillstånd i enlighet med Forskningsetiska delegationens anvisningar (2012, 18). Forskningstillstånd har beviljats av både Esbo stads bildningsnämnd och social- och hälsovårdssektor samt HNS (Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt), eftersom det är inom dessa organisationer som de intervjuade är anställda. Forskaren har även ansökt om och fått beviljat forskningstillstånd av Vasa stad, eftersom benchmarkingstudiens syfte är att den skall leda till ett utvecklande av multiprofessionellt samarbete i Vasa. Det enda uppgiftsregister över de medverkande i intervjuerna som uppförs är de samtyckesblanketter som informanterna har skrivit under innan intervjuerna. De samtyckesblanketter som hör till HUCS arkiveras i deras utrymmen i enlighet med deras riktlinjer, medan övriga samtyckesblanketter under forskningsprocessen förvaras i låst skåp och förstörs på det sätt som avses i dataskyddslagen (2018/1050), efter att examensarbetet har godkänts.

I ljudbanden framkommer inte de intervjuades personuppgifter, enbart yrkesbeteckning och organisationstillhörighet (huruvida personen arbetar inom barnskydd, psykiatri eller skola). Eftersom en del av yrkesbeteckningarna (exempelvis ergoterapeut inom barnskyddet) innefattar så få personer inom Esbo stad, har skribenten även beslutat att i samband med resultatredovisningen enbart ange organisationstillhörighet, för att de intervjuades identitet skall hållas anonym. Materialet som forskaren har tagit del av har behandlats konfidentiellt. Pappersmaterial förvaras i låsta skåp och elektroniskt material lösenordskyddat. Det inspelade materialet samt det transkriberade materialet förstörs efter att materialet analyserats färdigt. Intervjuobjekten har informerats om dessa saker innan intervjuerna, så att de har kunnat ge sitt skriftliga informerade samtycke. Deltagarna har även fått muntlig och skriftlig information om studiens frågeställning och metoder innan de skriftligen har gett sitt medgivande. (Trost 2010, 61).

## **7. Resultat**

I kommande kapitel presenteras den empiriska undersökningens resultat. Först beskrivs de hinder eller barriärer som i intervjuerna har framkommit. I resultatkapitlets andra del beskrivs de främjande samverkansfaktorer som kunnat skönjas i intervjuerna. Slutligen sammanfattas de hindrande och främjande faktorerna i kap.7.3, figur 5 (s. 70). I sammanfattningen analyseras även huruvida resultaten från intervjuerna sammanfaller med den teoretiska referensramen och tidigare forskning. I kapitel 7.4 (s. 71) belyses de



kontextuella skillnaderna i denna benchmarkingundersökning. Slutligen, i kap. 7.5 (s. 73), besvaras forskningsfrågan hur man stärker de främjande faktorerna och minskar på barriärerna för samarbete. I det avsnittet lyfts alltså de mer konkreta åtgärder som kan stärka eller minska de olika faktorernas inverkan.

Denna studie är en benchmarkingstudie av hur man på regionnivå, alltså på kommunal- eller stadsnivå, kan utveckla det multiprofessionella samarbetet mellan barnskydd, psykiatri och skola. Ändå framkom den nationella/samhälleliga nivån och dess lagstiftning som en faktor som påverkar samverkan. Därför finns det även skäl att nämna detta i resultaten. Lagstiftningen framkom som ett hinder i många intervjusvar. Det har även i tidigare forskning konstaterats att lagstiftning som främjar samverkan skulle behövas (Hanhinen & Hyvärinen 2017, 21–22; WHO 2010, 35). Då man i multiprofessionellt samarbete samarbetar över olika sektorer, finns det nämligen en djungel av olika lagar som härrör till de olika sektorerna. De samarbetande parterna kan därmed känna sig osäkra i vilka lagar som styr.

*”Och det här är annars en stor sak också: då vi gör det här multiprofessionella samarbetet, så har vi så många olika lagar som bestämmer om det. Bara i skolan så funderar vi i elevvårdsgruppen, att är det här nu grundskolelagen eller hälsovårdslagen eller vad är det här för lag.”* (skola)

## **7.1 Hinder för samverkan**

Detta avsnitt belyser de barriärer eller hinder för samverkan som kommit fram i intervjusvaren. De olika hindren är insatta i de olika nivåer, inom vilka man kan påverka dessa hinder. Därmed behandlas först hindren på en mer övergripande organisatorisk nivå, varefter hindren på gruppnivå, professionell och individnivå tas upp.

### **7.1.1 Organisationsnivå**

#### ***Brist på gemensamma ramar***

Bland de intervjuade rådde en uppfattning om att bristen på ramar och riktlinjer från organisatorisk nivå leder till att det inte blir någon samsyn över vad MPS innebär. Detta leder i sin tur till att det mest är upp till individen, om denne är aktiv och vill nätverka och samarbeta. Utan gemensamma riktlinjer är man även osäker på vem som skall ta initiativ till samarbete, vilket kan leda till att man kanske väntar in de andra istället för att vara aktiv.

Bristen på gemensamma riktlinjer kan även leda till att man "kör över" varandra, då man inte känner till kutymen för samarbetet: *"Hit kommer människor som vi inte har bjudit in, eller vi vet inte ens om att de kommer till mötet, de bara kommer. Man har inte meddelat på förhand, utan de har beslutat att i det här fallet gör vi så här"* (psykiatri). Bristen på samsyn leder även till att man har mycket olika synsätt och arbetssätt. Dessutom kan man bli oflexibel i de egna arbetssätten då samsynen saknas.

De olika arbetssätten återspeglas i rent konkreta hinder såsom olika yrkesgruppers olika arbetstider: *"Först av allt kommer jag på arbetstidsfrågor, som utgör ett tydligt hinder för gott samarbete, om vi till exempel pratar om psykiatri"* (barnskydd). Även alltför olika tillvägagångssätt i arbetet sätter käppar i hjulen för samarbetet, såsom om man gör hembesök eller inte. Bland barnskyddets intervjuade personer kom det starkt fram en önskan om att "jalkautua", vilket inte går att översätta direkt till svenska, men som innebär "fältarbete" och att man förankrar arbetet även annanstans än på den egna arbetsplatsen eller det egna kontoret. Att just familjearbetets yrkespersoner reagerar på detta, förefaller bero på att de själva är vana med ett mycket flexibelt och rörligt arbetssätt, vilket hör till familjearbetets natur och även är dess styrka. Barnskyddets yrkespersoner lyfter fram att de ofta ser att klienter "faller mellan stolarna" från t.ex. psykiatrins hjälp, eftersom de inte kommer sig iväg till poliklinikbesök.

*"Just det att de gör ofta normalt morgonskiftesarbete [på psykiatriska polikliniker] och familjeträffarna är till exempel oftast kvällstid. Att flexibilitet i arbetstiderna och sedan även det att man utvecklar olika arbetsformer, 'jalkautuvia muotoja' inom psykiatri, men även på skolsidan. /.../ ibland kan det vara det att den unga är mycket deprimerad där hemma, hen har svårt att komma iväg någonstans, är det sedan till psykiatrins träffar eller till skolan. Där kunde det bästa stöder enligt mig kanske vara det att man ibland kan etablera arbetet dit hemåt. Hos oss [på barnskyddet] är det i form av intensifierat familjearbete."* (barnskydd)

### **Tystnadsplikt och olika datasystem**

I det empiriska materialet tog alla intervjupersoner i olika skeden upp att sekretessfrågor och olika datasystem för klient- och patientuppgifter utgör barriärer för informationsdelning och samarbete. Inom alla tre sektorer uttryckte man ett behov av tydligare och mer gemensamma riktlinjer för hur man skall hantera tystnadsplikten, eftersom man upplevde en viss osäkerhet i detta, antingen hos andra eller hos en själv. Ett fungerande system, som många av de intervjuade aktörer tagit i bruk, var att man ber

klienten/familjen om skriftligt samtycke över att man samarbetar med t.ex. skola och psykiatri. Det framkom även att de flesta familjer ger sitt samtycke till detta. Däremot är osäkerheten över vilken information man har rätt eller skyldighet att dela, än större, om klienten/familjen inte ger sitt samtycke till samarbete.

*”Man måste förstås alltid fundera hur mycket information man delar, så att det inte blir till den ungas nackdel. För föräldrarna ger vanligtvis full frihet att vara i kontakt, men nog blir man alltid tvungen att överväga, tänker jag, då det är frågan om psykiatriska saker, att vad förmedlar du vidare och hur ingående.”* (psykiatri)

*”Med den ungas och föräldrarnas samtycke har vi möjlighet att följa skolgången kontinuerligt [via Wilma-systemet]. Men sedan även det att om dokumentationen skulle vara gemensam mellan psykiatrin och oss, så nog skulle det underlätta många saker. Sedan påverkar sekretessbestämmelserna även mycket det, hur mycket information vi sedan kan dela, däremot ger de flesta av våra klienter sitt samtycke till att vi får göra samarbete och diskutera saker.”* (barnskydd)

Inom bildningssidan kom det även upp att lärare delar mycket information, men att de sedan i sin tur inte får ta del av så mycket information från barnskyddet eller psykiatrin. Man upplever att skolans ovetskap leder till mycket onödig oro över eleven och elevens situation.

*”Sekretess-saker... många gånger är det en utmaning. Att man vill höra mycket från skolans sida, hur det går i skolan, och sedan berättar man inte så mycket till oss. Då lämnar vi utanför stora saker. Man kan se, att nu mår ungdomen inte bra, och då vet vi inte riktigt någonting, att vad händer var.”* (skola)

### **Resurser**

Samtliga intervjuades yrkespersoner ansåg att brist på resurser, i form av tidsbrist, fullspäckade scheman eller stor personalomsättning utgör ett hinder för samarbete: *”Man kunde önska mer resurser till alla, det är kanske det främsta som jag skulle tänka att jag skulle önska till varje instans”* (skola).

Några av barnskyddets respondenter lyfter fram att enbart de mest akuta får ta del av psykiatrins tjänster, medan de övriga ”svämmas över” till att vara enbart barnskyddets ansvar. Inom psykiatrin har man även möjlighet att hantera mängden patienter, exempelvis genom att vårdkriterierna inte uppfylls, medan man inom barnskyddet inte på samma vis kan ”sälla” bland klienterna. Kanske är det bland annat detta som gör att man bland skolans och psykiatrins personal har erfarenhet av att tidsbristen är störst inom barnskyddet, särskilt bland socialarbetarna.

*"Det som sedan kanske försvårar [samarbetet], som jag har diskuterat med barnskyddssidan, det är ju den här resursdelen som försvårar för dem. Att de kommer sig inte nödvändigtvis till våra vårdmöten, och den där brådskan... Det budskap som man hör är att 'jag lyssnar inte på telefonmeddelanden' och 'jag har inte hunnit läsa e-posten' /.../ jag tänker främst att hur man nu kan främja, så nog är det väl det, att ledningen kan skapa sådana ramar och verktyg, så att människorna sedan kan göra sådant arbete [samarbete]." (psykiatri)*

Det intensifierade familjearbetets personal uppfattas, i jämförelse med socialarbetarna, ta en aktivare roll då det gäller samarbete med både skola och psykiatri. Detta leder till att samarbetet med intensifierat familjearbete uppfattas vara närmare och fungera bättre.

*"Om intensifierat familjearbete är med, så de har varit väl involverade." (skola)*

*"Då intensifierat familjearbete är med så är det helt annorlunda. Åtminstone som jag har haft, de har säkert ringt varje vecka och frågat hur det har gått, vilket är jätteviktigt. För om en ungdom är här [på psykiatriska polikliniken] och det finns intensifierat familjearbete, så då har hen nog nästan maximal hjälp." (psykiatri)*

*"Sen kan det hända att socialarbetaren upplevs nu som en ganska hög person där, att det är då familjearbetarna eller handledarna, eller vem det nu är sedan som skall samarbeta med oss. Socialarbetaren är sedan ganska sådär, det finns inget ansikte på den i allmänhet, förr var det direkt samarbete, men inte mera /.../Jag tycker nog att samarbetet fungerar bra för det mesta, åtminstone på handledarnivå [inom barnskyddet]. Som sagt de där socialarbetarna är ganska 'in gognito' nu för tiden." (psykiatri)*

De flesta upplevde att det främst inom barnskyddet finns en stor personalomsättning, vilket varken gagnar klienten eller samarbetet med andra aktörer. Då personalen ofta byts ut, hinner man inte bli bekant med yrkespersonerna. Just det att man är bekant med varandra, lyfts nämligen fram som en viktig främjande faktor i kommande kapitel.

*"Att man skulle ha mer med varandra att göra, det skulle på något sätt vara lättare om man känner till varandras namn. Inom barnskyddet har människorna bytts ut väldigt mycket, det är ett problem här, att snart är det en ny person." (psykiatri)*

### **7.1.2 Gruppnivå**

#### **Olika kultur och synsätt**

I intervjuerna tog informanterna upp att om tänkesätten och kulturen är helt annorlunda, t.ex. att skolan har ett mycket negativt förhållningssätt till eleven eller föräldrarna, så är det svårt att samarbeta med andra verksamheter som inte delar samma förhållningssätt. Det kan vara utmanande att hitta gemensamma tillvägagångssätt och lösningar tillsammans. Vidare delade en av psykiatrins yrkespersoner med sig av sin erfarenhet av att prova på att arbeta i arbetspar med familjearbetets handledare. Intervjupersonen ansåg

att det inte hade fungerat som man tänkt, bl.a. i och med att man hade för olika synsätt. Att arbeta i par över organisationsgränserna förefaller kräva på förhand god planering av rollindelning och att man har tid att bekanta sig med varandra och utarbeta en samsyn.

*”Emellanåt har det varit så att mitt arbetspar har varit från barnskyddet, eftersom barnskyddet också gör många sådana där familjekartläggningar, som även vi gör. Dom som jag har haft på det viset, så de har inte lyckats, för vi är...kanske vi kommer från ett annat håll, jämfört med vad barnskyddet gör /.../ Säkert lyckas det någonstans [pararbetet], men jag har nog inte haft sådana situationer att de skulle ha lyckats /.../ Om jag tänker på mitt arbetspar här i den här [egna] arbetsgruppen, så henne träffar jag ofta. Förstås kan jag ringa någonstans och vi kan diskutera [om arbetsparet inte är från det egna teamet]. Men jag känner det egna arbetsparet så bra. Om det är en främmande människa och vi arbetar tillsammans, så har det mestadels blivit så att jag har gjort jobbet och den andra har skrivit [skrattar], det blev inte till någonting /.../ kanske olika synsätt också.”* (psykiatri)

Olika aktörers olika syn på en klients situation är även något som de professionella behöver sätta sig ner och diskutera sinsemellan, innan klienten/familjen är på plats, för att inte splittra klientens förtroende.

*”Om vi till exempel ser, om det enligt oss skulle vara bra att ungdomen skulle bo någon annanstans än hemma en liten tid, och vi tänker att vi kan undersöka och vårda bättre i ett sådant läge, att situationen är stabiliserad. Medan man i barnskyddet ser att den här är så sjuk att hen måste in på [psykiatrisk] avdelningsvård. Då är alternativen att fara in på avdelning eller placering. Barnskyddet tänker att det är avdelning och vi tänker att det inte på något sätt är avdelning, utan placering.”* (psykiatri)

### **Makt och status**

Under intervjuerna frågades vad man tänker kring makt och status mellan yrkesgrupperna. Psykiatrins intervjuade personer svarade på denna fråga att de inte tycker att makt- eller statuskillnader märks särskilt mycket, ändå återspeglas maktkamp och revirtänk i andra intervjusvar. Flera av respondenterna tar även upp individuella faktorer är viktigast, såsom attityder och hur personerna förhåller sig till de andra. Bakom dessa faktorer ligger däremot ofta till exempel att man vill statuera makt eller att man är osäker i den egna rollen.

Ett mönster som skönjdes i intervjuerna var att främst barnskyddets intervjuobjekt ansåg att de har märkt av status- och maktskillnader mellan olika yrkesbenämningar. Detta märktes i hur man bemöter en yrkespersons uttalanden, hur stort värde eller hur stor vikt man sätter på en yrkespersons uttalanden eller skrivna utvärderingar/utlåtanden.

*"Jag känner nog igen det där, nog finns där säkert sådana där vissa yttringar, att på något vis tänker man att läkaren är det där högsta organet, som säger sina visa saker. Jag har typiskt nog slängt lite dumma frågor på vissa vårdmöten, för att på något sätt öppna upp att: 'Om jag nu går till väga så här i intensifierat familjearbete med den här klienten, hemma hos klienten, så är det här sådant som är till nytta, enligt psykiatrin?' Ibland har man fått kanske lite bryska svar att 'det här är ju en självklarhet' och 'självklart'. Det beror också så otroligt mycket på personen, man har både goda och dåliga erfarenheter. Det beror på om man vill bryta ner maktpositioner eller om man vill höja upp det egna." (barnskydd)*

Några av barnskyddets handledare och dess ergoterapeut tog upp att en ergoterapeuts utlåtande upplevs väga tyngre än en handledares. Detta, trots att yrkestiteln handledare kan innehas både av en ergoterapeut, socionom eller sjukskötare med inriktning på psykiatri. Just yrkestiteln "handledare" förefaller undervärderas, även av handledarna själva: *"Nog får man ju en sådan uppfattning att jag som barnskyddets handledare inte är så kompetent att säga något, enligt någons åsikt. Därför blir man tvungen att använda yrkesbeteckning /.../ Vi använder medvetet de här specialyrkespersonernas ställningstitel"* (barnskydd). Även inom bildningssidan lyfter man fram att yrkestitelns status kan inverka på samarbetet.

*"Statusskillnad kanske på så vis, om man tar till exempel barnskyddets socialarbetare i förhållande till en lärare, så där finns en viss typ av maktposition. Barnskyddets socialarbetare kanske inte lyssnar eller kanske inte anser att det är så stort orosmoment, de bekymmer som en lärare lyfter fram. Men om sedan elevvårdens yrkesperson lyfter fram det för barnskyddet, så då är man i stort sett på samma nivå. /.../ Statusen har fortfarande en betydelse, vem som gör och vad denne gör, till viss del, men där har man nog också gått framåt." (skola)*

Det finns en önskan om att titlar inte skall spela så stor roll: *"Att uppmärksamma det, att man inte kommer med den attityden, underifrån eller ovanifrån beroende på vem man har att göra. Utan att man man bemöter den människan som en människa, oberoende av titel"* (barnskydd). Flera av de intervjuade, särskilt de som hade en längre arbetserfarenhet, lyfte däremot fram att status- och maktskillnader har minskat, jämfört med hur det har varit tidigare. Trenden förefaller alltså vara positiv i frågan om att skillnaderna minskar.

*"Den gamla psykiatrin, som fanns då jag kom. Jag kände igen det här innan jag kom till psykiatrin, att inte vågade man ju ens ringa hit. Sådant är det inte längre, man kan alltid ringa till oss. Det här är helt annorlunda nuförtiden. Inte tror jag heller att våra läkare är sådana där skrämmande längre, som de var förr." (psykiatri)*

### 7.1.3 Professionell nivå

#### ***Okunskap om andra aktörers arbete***

I intervjuerna märks ett tydligt mönster av att okunskap om varandras kunskapsområden, arbete, arbetsprocesser och roller leder till orealistiska förväntningar på de andra aktörerna. En av de intervjuade inom psykiatrin uttrycker sig som att: *"Hemskt lätt står vi ofta inför det att skolan väntar sig väldigt mycket av oss, att vi skall leverera papper och intyg på allt möjligt /.../ sådant här som vi har tagit reda på att inte alls skulle tillhöra oss"*. En annan respondent från barnskyddets sida uttrycker att denna okunskap om varandra går hand i hand med att kontaktytan mellan olika sektorer är för liten: *"Traditionellt sett är socialsidan och hälsovårdssidan ganska separerade från varandra och det finns ännu mycket jobb att göra, för att vi skulle närma oss varandra /.../ jag anser att det är frågan om det att man inte riktigt förstår vad den andre gör"*.

Okunskap om varandras expertisområde leder även till onödigt skuldbeläggande av varandra: *"Det kan förekomma mycket olika uppfattningar om varandra, olika aktörer emellan. Man undrar att 'nå varför gör de inte det här eller det här?' fast det sedan finns tydligt till exempel vad lagen bestämmer, angående vilka medel som kan användas eller vilka resurser eller annat."* (barnskydd).

Psykiatrins personal lyfter bland annat fram att man önskar att skola och barnskydd skulle ha en större förståelse för och kunskap om sådant som krisvård och hur man förhåller sig till instabil personlighet, detta för att öka förståelsen för hur man utför den psykiatriska vården och för att man skall ha en större samsyn, där man blåser på samma kol.

Okunskap om varandras arbete eller resurser leder även till att man går och lovar andra aktörers service, utan att först kontrollera med den andra parten: *"Då lovar man där på specialistsjukvårdens möte till exempel kurator- eller psykologträffar, utan att däremot ens fråga skolans personal. Det här förekommer alltså, nå man kan säga att ganska ofta"* (skola). Vidare kan man inte ge korrekt information till klienter, om man själv inte är medveten om samarbetsparternas verksamhetsätt eller tjänster. Reformen och förändringar inom organisationen och tjänsterna verkar göra det svårare att känna till varandras verksamhet, då kan ännu närmare kontakt tänkas behövas, så att personalen hänger med i reformerna.

*"Det dyker ibland upp nya termer och man är helt så här: 'nå vad är nu det här då igen', inte har man ju någon aning och sedan försvinner den plötsligt och sedan kommer en ny [verksamhetsform] som antingen är precis samma sak, bara med ett annat namn, eller så är det något lite annorlunda /.../ Inte tror jag heller att rätt service alltid hittar rätt klient, helt sådär av sig själv. Då kan vi också fråga efter att 'har ni sådant här att erbjuda?'. Inte kan vi fråga efter det om vi inte vet vad det finns för alternativa serviceformer." (psykiatri)*

### **Revirtänk och rollfrågor**

I denna studies empiriska material märktes även tydligt revirfrågor av olika slag. Dessa kan bero på en alltför snäv tolkning av den egna rollen, osäkerhet i den egna rollen eller att man upplever hot mot den egna rollen. I en del av intervjuerna framkom en upplevelse av att samarbetet hindras av de professionellas snäva tolkning av sin yrkesroll. En avgränsning av den egna rollen och att man gömmer sin bakom den egna professionsidentiteten upplevs av de intervjuade som att man avsäger sig ansvaret, eller som ett svepskäl för att behöva samarbeta eller prova på arbetsmodeller som inte traditionellt har hört till ens yrkesroll: *"Nog har jag sett mycket sådant här gömmande bakom det egna yrket och avgränsande av det egna arbetet att: 'det hör inte till mig' /.../ jag däremot ser den egna rollen som ganska flexibel" (skola).*

Ett tema som skönjs i intervjuerna är att respondenterna reagerat på att andras osäkerhet i sin egen yrkesroll, dålig rollmedvetenhet eller okunskap, leder till att man på ett klumpigt sätt gör "övertramp" och tar över andras uppgifter eller expertis, trots att man inte har lika bra kunskap om dem. *"Under karriärens gång har man stött på sådana människor, som hemskt gärna vill ta ställning till hur saker borde göras hos någon annan aktör. I en sådan situation kanske man inte håller sig till den egna rollen så att säga" (skola).* En av psykiatrins intervjupersoner tar upp ett exempel på hur osäkerhet i den egna rollen kan leda till att yrkespersonen har en för auktoritär stil, vilket hindrar samarbetet: *"Jag funderade väldigt mycket att vad var det som irriterade mig så oerhört här. Kanske var det det att hon marscherade in, nonchalerade alla andra, trots att hon var inbjuden".*

I det empiriska materialet förefaller rollmedvetenheten vara ännu viktigare då möten hålls på någon annans "revir". Konfliktsituationer uppstår lätt om man ser sig som huvudperson i mötet och tar en mer dominant roll än vad de andra väntar sig att man skall ta.

*"Sen får socialarbetaren förhinder och så avbokat de hela vårdmötet hos oss, som att det är dom som är huvudpersonen, inte klienten. Och vi behöver ju träffa den här klienten och familjen, oberoende av hon kan komma eller inte. Att då bokar vi ju in ett nytt möte. Att*



*dom har lite underliga uppfattningar, tycker jag, om sin makt och sin ställning. Dom upplever sig då kanske som en Case manager. Sedan samma sak när de väl kommer till vårt vårdmöte, just uttryckligen när det handlar om ett vårdmöte, så är läkaren alltid med, och då är dom [socialarbetaren] den som börjar agera ordförande, när vi tycker att är möte hos oss, så är det läkaren som agerar huvudordförande.” (psykiatri)*

I intervjuerna poängteras att dessa övertramp är som mest förödande om man ifrågasätter varandras tillvägagångssätt inför klienten, istället för att man professionella emellan skulle kunna ha en öppen dialog och reda ut saker. Ifrågasättande inför klienten leder istället till splittrande och att klientens/familjens förtroende för någon aktör går förlorad.

*”Sen kan de just säga, kanske någon vårdare på ett ungdomshem, något helt mystiskt sådär att hur vi då inte har gjort rätt. Vi har just gjort på det sätt man ska, men vet du säga högt på ett möte när föräldrarna, alla, hör och det blir alldeles sådär att... Liksom att splitta mitt i en sådan här, det är ju jätteprofessionellt. Att sådant händer och då tänker jag att den som pratar inte har kunskap.” (psykiatri)*

*”Och de hade sedan beslutit, dessa socialhandledare att: ’hej, det här är ju det rätta sättet hur denna ungdom skall vårdas’. Och de hade utan vidare farit och diskuterat detta med familjen, att de har nu kommit på, att detta har skötts på fel sätt där på polikliniken. Vi undrade här att nu har nog klientens attityd förändrats på något vis att här är något som gnager. Ända tills de [handledarna] tog upp det på vårdmötet, där föräldrarna satt närvarande, och de sa högt ’nog är det ju frustrerande, om man helt i onödan har fått fel vård så här länge’/.../ Att det här är kanske ett bra exempel på det, hur man med buller och bång kan komma dit, in på helt fel tomt.” (psykiatri)*

Då ena parten gör revirövertramp skapar det lätt en känsla hos den andra parten att dennes yrkesroll är hotad. I det empiriska materialet framkommer exempel på revirövertramp i högre grad hos de intervjuade yrkespersonerna inom psykiatrin. Inom psykiatrin upplevde man att dessa övertramp kom från barnskyddet. De negativa erfarenheterna kan tänkas leda till en oro över om den egna arbetsbilden kan bibehållas trots nära samarbete, vilket några av respondenterna uttryckte: *”Ändå tänker jag att även om samarbete görs, så är jag själv kanske lite orolig över det att de grundläggande uppgifterna hålls kvar, att barnskyddet gör det som är deras jobb och att vi sedan gör vårt jobb” (psykiatri).*

#### **7.1.4 Individuell nivå**

##### **Otillgänglighet**

Yrkespersoners otillgänglighet hör delvis samman med resurser, men samtidigt lyfter respondenterna fram att det inte bara handlar om det. Inom samma arbetsgrupp, där man vet att man har bråttom, tar ändå vissa sig tid för att ringa upp eller svara på meddelanden,

medan andra inte gör det. Det förefaller alltså även hänga på individens motivation att hålla kontakt och dennes uppfattning om att det är något viktigt.

*”Jag hörde här en lärares kommentar, som skar sig i mina öron. Hen sade att ’jag har inte tid’ /.../ snarare borde man tänka att **vad har jag tid med, vad kan jag göra. Om jag inte har tid att fara, så vad kan jag göra som lärare.**” (barnskydd)*

*”Vad jag önskar? Nå säkert det att man är i kontakt /.../ om man inte får tag i genom telefon, genom att sända e-postmeddelanden och annat, så att man svarar någon gång. Det finns sådana som aldrig svarar.” (psykiatri)*

### **Ett samarbete beroende av individen**

Det framkom även att avsaknaden av tydlig strategi för MPS på organisationsnivå leder till att samarbetets framgång hänger på yrkespersonerna och hur aktiva och motiverade de råkar vara. Det blir ingen övergripande kontinuitet i det multiprofessionella samarbetet då det hänger på enskilda personer, istället är det goda samarbetet mycket sårbart och försvinner i och med att de aktiva personerna byter jobb eller liknande.

*”Dessa saker beror sedan på personen att hur aktiva de råkar vara /.../ ibland är dessa saker lite personifierade, då de inte finns skrivna i strategin, då är de istället beroende av personen ifråga och hen kan vara där på ett års vikariat och sedan fara bort.” (barnskyddet)*

*”Det skulle vara hemskt trevligt att det inte skulle bero på personen, utan att hela organisationen på något sätt skulle fungera på samma sätt.” (skola)*

### **7.1.5 Sammanfattning av barriärer**

Sett genom den systemiska modellen över samverkan (figur 4, kap. 4.1.3, s. 16) har i studiens empiriska material skönjts faktorer som hör under både organisations-, grupp-, professionell och individnivå. I intervjuerna framkommer det att hindren för samverkan är: otydliga riktlinjer, undermålig roll- och ansvarsfördelning, olika arbetssätt, tystnadsplikt och olika datasystem, resurser, kulturskillnader, makt och status, okunskap om andras arbete, revirtänk och rollfrågor, otillgänglighet och det att samarbetet hänger på individen.

De hinder som framkommit i tidigare forskning påminner om de hinder som kom fram i denna studie. Sammanfattningsvis handlar hindren i tidigare forskning om tvång till närvaro, professionskulturer och stereotyper, okunskap om andras roller, status- och maktskillnader, olika uppfattningar och synsätt, olika förväntningar och språk, samt tystnadsplikt och resursbrister (Crawford 2012, 122; McNeil et al. 2013, 291; Nordström et al. 2016, 11; Thylefors 2013, 104–105, 144; Timonen-Kallio et al. 2017, 369, 395, 397–399

& Williams 2012, 554). Det gemensamma i många av dessa barriärer, både då det gäller tidigare forskning och denna studie, är att de handlar om brister i kommunikation. I följande kapitel går jag närmare in på vilka faktorer som främjar samverkan. Bland dessa främjande faktorer ser man även att kommunikation är en central del av dem.

## 7.2 Främjande faktorer för samverkan

Följande kapitel syftar till forskningsfrågan vilka faktorer som gör att multiprofessionellt samarbete lyckas. Nedan presenteras alltså de faktorer som enligt den empiriska undersökningen föreföll vara främjande för MPS. Faktorerna är dels baserade på informanternas önsknings om hur saker skulle förete sig eller fungera för att samarbetet skulle fungera bättre, dels är de baserade på faktisk erfarenhet av fungerande system och insikter i vad som har gjort att samarbetet har fungerat väl. Dessa främjande faktorer presenteras återigen för tydlighetens skull under nivåerna organisatorisk-, grupp-, professionell- och individnivå.

### 7.2.1 Organisationsnivå

#### ***Gemensamma strategier och riktlinjer***

Administrativa aspekter, som styrs från en högre nivå eller en mer administrativ nivå av organisationen, var något som alla intervjupersoner nämnde på ett eller annat sätt: *”Jag skulle nog önska en viss typ av tydlig linje från den högre ledningen, vem som tar ansvar över vad och att man sedan skulle se till att man håller den linjen”* (skola). Respondenterna visade en önskan om att det inom organisationen skulle finnas en gemensam strategi som stödjer MPS och att det skulle finnas så lite samarbetshindrande byråkrati som möjligt. Dessutom vill man att MPS är en uttalad del av arbetsbilden och arbetstiden.

*”Nog tror jag det, på något vis, att om det skulle vara en tydlig sådan där strategi att ’vi gör så här och det här hör till vårt arbetsfält och arbetsbild’ att det skulle säkert underlätta [MPS].”* (barnskyddet)

*”Alltså så lite gränsvillkor som möjligt, inte heller något sådant som bromsar eller försvårar det [samarbetet över organisationsgränserna]. Lite byråkrati, med låg tröskel, då föds den bästa kombinationen.”* (psykiatri)

Dessa gemensamma ramavtal eller riktlinjer, samt att organisationers ledningar samarbetar, reder även ut missuppfattningar och orealistiska förväntningar på varandra och leder till högre samsyn mellan organisationerna.

*”Det att man har barnskydd är inte ett kriterium för psykiatrisk vård /.../ det var det som ledde till att de började samarbeta på organisationsnivå, att de redde ut sådana här uppfattningar och kanske missuppfattningar /.../ Det behövdes en gemensam strategi och jag tyckte också att de då jobbade på det, och kanske det då har minskat dessa missförstånd och missuppfattningar.” (psykiatri)*

### **Ledarskap och styrning**

Ledningen påverkar hur väl samarbetet förankras ner till gräsrotsnivå. Då man gör upp den strategi för MPS som behövs, är det viktigt att personalen känner sig tillräckligt informerad om och inkluderad i pågående projekt, målsättningar och strategier.

*”Strategins förverkligare är alla dessa som arbetar ute på fältet. Man måste informera och namnge och dra med i projekten sådana människor, så att man kan skapa en strategi.” (barnskydd)*

*”Man måste lyssna till personal på fältet, men nog behöver ändå lösningarna komma från ledningen. Alltså att ledningen ger riktlinjer för hur man skall göra, men man måste lyssna till dem som jobbar på fältet. /.../ och också så att inte enbart till exempel psykiatrins, barnskyddets och familjerådgivningens förmän diskuterar sinsemellan, utan även att gräsrotsnivåns fältarbetare ger synvinklar.” (skola)*

I resultaten av intervjuerna framkommer det tydligt att ledarskapet anses ha en stor inverkan på hur väl MPS indoktrineras i verksamhetskulturen. Kulturen bör genomsyras av växelverkan och kommunikation. Vidare bör ledningen uppmuntra till samarbete och frångå tänkesätt om olika revir.

*”Här behöver man hela tiden upprätthålla kulturen av diskussion, både inom organisationen och mellan stora organisationer, annars glöms det bort. Emellanåt känns det som, att om inte man upprätthåller dessa aktivt, tvingar till det och påminner om det att: ’hej, det är existerar’, då tynar kommunikationen bort, den försvinner mystiskt någonstans och igen kommer man fram till samma problem sedan.” (barnskydd)*

I intervjuerna framkom även att samarbetet främjas av om ledarskapet är vidsynt och positivt inställt till MPS.

*”Ett vidsynt, experimentellt [ledarskap] och att man ser mer möjligheter än hinder. Där är också den där viljan, viljan till det. Att man ser multiprofessionellt samarbete som viktigt och att man hittar strukturella lösningar till hur det skulle vara möjligt. Nog krävs det ju att man på ledningsnivå vill att det här börjar fungera.” (barnskydd)*

*”Hon [ledaren] är det där språkröret på något vis och talar om samarbetet.” (psykiatri)*

Det är på organisationsnivå och inom ledningen som man kan påverka avgörande aspekter såsom att föregå med gott exempel och lotsa de övriga inom organisationen, samt ta beslut som möjliggör och ger förutsättningar för MPS. Ett ledarskap som ivrar för MPS inspirerar

även övriga inom organisationen. Ledarskapet bör själv samarbeta över organisationsgränserna.

*”Nog tror jag att det har betydelse, nog samarbetar och planerar ju våra överläkare och vår avdelningsskötare, åtminstone i något skede, hade de kontinuerligt möten med sociala sidan, just för att ge feedback åt varandra, hur det fungerar och hur det kunde utvecklas, så nog kommer det ju därifrån det här att det är så här vi skall fungera och göra.”* (psykiatri)

### **Gemensam serviceplan**

Flera av respondenterna lyfte fram att gemensam dokumentation i form av gemensam plan skulle vara värdefullt för att förtydliga roll- och ansvarsfördelningen och de gemensamma målsättningarna. Detta är något som man ansåg att man på organisationsnivå behöver etablera och göra upp riktlinjer för.

*”Det att det skulle finnas en gemensam klientplan, vad vi strävar efter och vilka målsättningar det grundar sig på, så det skulle vara av yttersta vikt. Då strävar alla efter samma sak.”* (barnskydd)

*”En del saker är skolans och en del är sedan andras, men där kunde finnas en sådan där viss gemensam del [i klientplanen] enligt mig, som skulle vara skriven för alla.”* (skola)

*”Det skulle säkert inte alls skada att det skulle finnas mer konkret på papper vad det där samarbetet i praktiken går ut på och vad målsättningen med det är. Det skulle säkert vara bra, men att om man samlas och träffas så är det väl sannolikt så, att det som står i deras [barnskyddets] klientplan står i vår vårdplan också. I bästa fall.”* (psykiatri)

I det sista citatet ovan, lyfts det fram att innehållet i de olika sektorernas klientplan/vårdplan/elevplan till viss del redan kan ha samma innehåll, trots att man i dagens läge enbart har separata planer. I intervjuerna framkom även att tydliga gemensamma målsättningar och att man fokuserar på vad man tillsammans kan göra för klienten, minskar på skuldbeläggning och ifrågasättande av de andra aktörerna.

Däremot ansåg informanterna att den ”vardagliga dokumentationen”, alltså de rapporter som personalen skriver efter möten med klienten, är sådana uppgifter som inte kan delas till övriga samarbetsparter. Detta med tanke på skydd av personuppgifter och känslig information. Det framkom istället förslag på att man, om det behövs, kunde ta del av ett mer komprimerat sammandrag av klientskap inom en annan verksamhet.

*”Jag tänker också på skyddet, att om det jag skriver, till exempel då en ungdom går hos mig, så finns det mycket saker som inte hör till andra förutom oss /.../ Att det skulle finnas någon sorts tydlig sammanfattning [av tidigare klientskap], så man kunde läsa den på förhand, utan att man läser de där fyra årens texter därifrån.”* (psykiatri)

En av psykiatrins informanter nämner även att man ingår i Apotti-projektet och att ibruktagandet av det nya systemet kanske kommer att bidra med mer gemensam dokumentation med olika samarbetsparter: *”Nå säkert förändrar Apotti... då vi ännu inte vet vad det för med sig, att hurdana är de sedan [syftar på den gemensamma dokumentationen]. Säkert är det mer sådant där gemensamt då sedan. Det hör ju till den här framtiden”*. Apotti är en förkortning av finska Asiakas- ja POTilasTietojärjestelmä, med andra ord Klient- och patientdatasystem. Detta är ett förändringsprojekt där för närvarande HUCS samt städerna/kommunerna Helsingfors, Vanda, Kyrkslätt, Grankulla, Kervo och Tusby deltar. Målet är att ta i bruk ett enhetligt regionalt datasystem som är gemensamt för både social- och hälsovården. Projektet befinner sig som bäst i genomförande- och lanseringskedet. (Apotti, u.å.).

### **Miljö**

Tidigare forskning (WHO 2010, 29–30; Jacobsen & Thorsvik 2014, 269; Williams 2012, 556) som presenterats i detta arbete har lyft fram de fysiska utrymmena och hur deras utformning och placering kan främja samarbete över sektorsgränser. I denna studie fanns det däremot delade uppfattningar om huruvida fysisk placering främjar samarbetet. En del hade erfarenhet av att samlokalisering ledde till värdefulla vardagliga möten och en naturlig interaktion, medan andra som hade erfarenhet av samlokalisering ansåg att man inte hade någon som helst närmare kontakt med de aktörer som var placerade fysiskt nära dem. Fysisk placering har en viss inverkan, men förefaller inte vara så främjande i sig. Samarbetet över organisationsgränserna tycks i första hand vara mer beroende av att det finns byråkratiska möjligheter till samarbete, att det finns gemensamma överenskommelser för samarbetet, att kommunikation och möten mellan teamen är etablerat och att de enskilda professionella är aktiva och motiverade till samarbetet. Om sedan några av dessa faktorer sammanfaller med samlokalisering eller liknande främjande fysiska miljöer, så ger den fysiska miljön en fin synergieffekt på det goda multiprofessionella samarbetet.

*”Man kan gå och byta ord med eller konsultera varandra alldeles på andra sidan dörren, att det går ingen tid till den där telefonrumban. Att man helt ansikte mot ansikte kan diskutera. Så nog har det en effekt, var man är belägen /.../ jag tror att det är det naturliga mötet [som främjar samarbetet].”* (skola)

*”Avståndsmässigt kan man vara nära varandra, men det betyder ju inte att man alltid är mentalt så nära varandra.”* (psykiatri)

*”Jag skulle säga att det har inte egentligen någon betydelse. Vi har [respondenten nämner en annan samarbetspart i samma hus] och samarbetet är nu inte mer intensivt med dem, än med någon instans som är någon annanstans i Esbo.” (psykiatri)*

*”Nog skulle man vilja tänka att närmare fysisk placering skulle kunna vara till hjälp för utförandet av samarbetet. Men nog skulle det ju ändå krävas att den där byråkratin än en gång skulle fungera, ett mer osynligt gap än vad där är, just rätten till informationsbyte och sekretess och annat.” (barnskydd)*

## **7.2.2 Gruppnivå**

Inom och mellan de olika arbetsgrupperna, eller teamen, är kommunikationen central, den behövs både med tanke på roll- och ansvarsfördelning, kultur, beslutsfattande, lärande, samt informationsbyte (Jacobsen & Thorsvik 2014, 256–257). På liknande vis som inom tidigare forskning, framträder dessa teman i det empiriska materialet i denna studie.

Det framkommer av intervjumaterialet att respekt, samhörighet och tillit behövs för att samarbetet skall fungera väl. Det som i sin tur skapar denna respekt, samhörighet och tillit, är god kommunikation, tydlig roll- och ansvarsfördelning, professionell autonomi, trygghet och medvetenhet om den egna rollen, kunskap om andras verksamhet och arbete, samt fysiska möten och kontinuitet i mötena, så att man blir bekanta med varandra.

### ***Samhörighet och ömsesidig respekt***

Under intervjutemat samhörighet och respekt, framkom intervjudeltagarnas uppfattningar om vad som skapar dessa centrala uppfattningar och känslor. Tolerans och ödmjukhet och att man är öppen för och tillåter andra synvinklar och åsikter, förefaller vara nyckelfaktorer för att få till stånd respekt. En annan viktig faktor var att man värdesätter andras kunnande och att man kan se det som en kraftresurs att det finns expertis från olika områden.

*”Att man erkänner om man har fel eller har agerat fel. Om man får den andres synvinkel på saken, att man då förmår tänka att man kanske kan göra det på ett annat sätt också, trots att man inte tänker att man har gjort fel, men att man tänker att man även kan se på saken så här. Att man kan ifrågasätta sina egna tillvägagångssätt. Det finns alltid en miljon sätt att gå till väga då det gäller arbete med människor, det egna sättet är inte alltid det rätta /.../ mottaglig, att man kan lyssna till andra och ta emot deras yrkeskunnande.” (skola)*

Regelbundna möten och kunskap om den andres kunnande ökar även i sin tur respekten och samhörigheten: *”samarbetets täthet, relationens upprätthållande och gemensamma händelser, möten. Så klart att de alla hjälper respekten och samhörigheten. Och då du hör*

*hur de andra beskriver sitt eget arbete och framför sin egen sakkunnighet, så det ökar förstås det” (psykiatri).*

Känslan av samhörighet ökar även genom att man känner sig välkommen hos de andra aktörerna: *”Man har riktigt en känsla av att vara välkommen, då man kliver in i skolorna. Att ’Ah, vad bra, ni kom. Bra, fint, nu vet vi vad som gäller’” (barnskydd).*

### **Roll- och ansvarsfördelning**

En tydlig roll- och ansvarsfördelning förefaller, enligt det empiriska materialet, vara en vägande faktor för att samarbetet skall fungera väl. Respondenterna anser att roll- och ansvarsfördelning behöver göras genast i början av klientskapet/samarbetet och att man även skriver ner vad man kommer överens om gällande arbetsfördelningen.

*”Klientens vårdrelaterade och rehabiliteringsrelaterade saker, att de målsättningarna på något vis skulle vara gemensamma och att man skulle tala högt om dem, öppna upp dem, där i början av servicen. Att man även kunde göra arbetsfördelningen tydligare, att vem får nu och jobbar med vilket arbetspar.” (barnskydd)*

*”Till exempel var ett möte bra, då alla parter var där och i slutet frågades att vad förbinder sig var och en till att göra. Alla fick sedan utifrån den egna rollen... att det skrevs ner. Det kändes enligt mig mycket bra, att mötet avslutades på så vis.” (skola)*

Vidare poängterades att en fungerande roll- och ansvarsfördelning ökar respekten och tilliten mellan aktörerna samt gör att missförstånd och ”trampande på varandras tår” undviks.

*”Det har gått på så sätt, jag har själv också gjort ett sådant misstag att jag har farit till en avdelning till exempel, och jag har börjat dra mötet lite väl mycket. Eller om hit kommer till exempel en yrkesperson från barnskyddet, så börjar den dra vårt vårdmöte. Man borde på något vis få överenskommet vad som hör till vem och tydligt komma överens om fortsättningen, att vem gör vad.” (psykiatri)*

Det framkommer även att man efter ansvarsfördelningen behöver visa att man värdesätter varandra, genom att man har litar på och har tilltro till att de andra aktörerna sköter det som man har kommit överens om: *”Då man delar upp uppgifterna, så litar man på att sakerna sköts, det bringar respekt, att då man kommer överens om något, så litar man på att yrkespersonen sköter om det” (skola).*

Samtliga intervjupersoner tog upp att den nuvarande rollfördelningen ser ut på så vis, att den som kallar till mötet även agerar huvudansvarig och drar mötet. Sedan sker ansvarsfördelningen enligt varje yrkespersons specifika kunskap och vilka resurser man har:



*"Då vi är på vårdmöte, där läkaren drar diskussionen, så då stiger man in i en annan roll, jämfört med om man själv är dragare" (skola).*

I intervjuernas tema om roll- och ansvarsfördelning, frågades om man anser att en koordineringsansvarig eller Case manager skulle behövas i det multiprofessionella samarbetet. En del ställde sig mycket positiva till denna tanke: *"Det skulle ju vara alldeles lysande! Någon som skulle samla ihop, ja absolut!"* (barnskydd). Vidare tar respondenten upp att det i nuläget inte fungerar sömlöst, trots att socialarbetaren inom barnskyddet ofta kan vara den som drar ihop nätverket: *"Inte är det sömlöst inte, eller en självklarhet. Jag skulle inte alls se det som något dåligt att där skulle finnas en koordineringsansvarig, som tydligt skulle ta över samarbetet "*. En annan respondent nämner att saker lätt kan rinna ut i sanden om ingen tar på sig rollen av att koordinera insatserna: *"Om ingen har det där huvudansvaret, så då känns det som att ingenting händer"* (skola).

Trots att de flesta var positiva till en koordineringsansvarig, var ändå uppfattningarna mycket spretiga i frågan om vem det skulle vara och hur det skulle fungera. Den övergripande uppfattningen i nuläget, var att den instans som kallar till gemensamt möte, är koordineringsansvarig just då, men att det under samarbetet skiftar beroende på vem som kallar till möte. Den allmänna uppfattningen bland respondenterna var även att varje aktör har en yrkesperson som har den helhetsmässiga bilden och ansvaret och därmed är "Case manager" inom sin egen sektor.

*"Det är svårt att säga vem som skulle vara den bästa Case managern för att jag menar, som jag ser det så, det finns ingen ovanför, samlade instans, som skulle ha en Case manager och som skulle ha kontakt till psykiatrin och till skolan och till socialarbete, utan alla har sin egen Case manager och de skall sedan samarbeta tillsammans."* (psykiatri)

Flera ansåg att socialarbetarens yrkesroll är sådan till sin natur att de på ett naturligt sätt skulle platsa som "Case manager": *"Socialarbetarrollen och -utbildningen är ganska... men nog kan ju någon annan också göra det, men den är kanske ganska naturlig för den typens uppgifter"* (psykiatri). Socialarbetarna är ofta den kontakt som är långvarig, medan familjearbete och poliklinikvård inom psykiatrin är processer med tydligare tidsram. Barnskyddets socialarbetare är den som i egenskap av tjänsteman tar många beslut och i sin yrkesroll har en helhetsmässig bild av klientens och familjens situation. Det intensifierade familjearbetets personal tog däremot upp att socialarbetares förmåga i dagsläget varierar storligen från yrkesperson till yrkesperson, det beror mycket på eget intresse eller hur mycket de "tvingas" till det: *"Nå socialarbetaren är förstås*

*beslutsfattaren, som ansvarar för processens gång. I praktiken betyder det att hen mycket väl kan ställa sig i periferin och ge över allt jobb åt dig [handledaren inom barnskyddet]. Vissa socialarbetare är aktivare än andra” (barnskydd).*

Då ett barn eller en ungdom är klient inom ”specialnivån” förefaller helhetsansvaret ligga på psykiatrin eller barnskyddet, trots att oron kanske från början har uppmärksammats från ”grundservicen”, det vill säga i skolan: *”Det beror väl på var det där största behovet är, skolan antar säkert inte en sådan roll [som koordineringsansvarig], utan det är mera barnskyddet eller vi, beroende på vilken problematik som finns” (psykiatri).*

### **Fysiska möten och kontinuitet**

Ett mönster som skönjdes i intervjuerna var att man ansåg det vara viktigt att det inom den egna arbetsgruppen finns en kultur av att vilja samarbeta och att man vill etablera en sådan kultur och ett sådant samarbete genom gemensamma handlingsmodeller och värderingar.

*”Det är den handlingsmodell som vi lär ut här, här i vårt team att: ’så här gör vi’. Då det kommer en ungdom och denne har en sådan här kontakt [syftar på barnskydd och skola], så kan du när som helst ta kontakt med klientens socialarbetare, eller om det finns en stödperson, så kan man ta kontakt, och till skolan. Det säger vi även till dem [samarbetsparterna] att med låg tröskel, ta genast kontakt om det är något.” (psykiatri)*

Den gemensamma handlingsmodellen innefattar välplanerade möten med substansinnehåll. Kontinuiteten och den regelbundna förekomsten av möten med andra aktörer är nämligen ett mönster i det empiriska materialet som framkommer i alla intervjuer: *”Man har lärt sig att om vi håller ett möte, så där i slutet kommer vi överens om nästa möte, så får man lättare ihop det /.../ regelbundenheten för med sig en rytm och håller ihop allting” (skola).*

De fysiska mötena förefaller vara den viktigaste arenan för samarbete, oberoende av om det är ett möte mellan två professionella eller ett nätverksmöte med många aktörer. Alla respondenterna poängterar att det att man är bekant med varandra sänker tröskeln för att ta kontakt och ökar samarbetet. En återkommande term bland de finskspråkiga som intervjuats är *”kasvotuttuus”*, alltså att det är viktigt att man får ett ansikte på personen man samarbetar med.

*”Vi far alltid dit till skolan på besök så att vi är ’ansiktsbekanta’, det underlättar omedelbart saken! På psykiatrisidan, gör vi precis likadant /.../ En sådan bekantskap har ett sådant värde, att människor förbinder sig mer [till samarbetet].” (barnskydd)*

*"Därför tycker jag att det kunde vara bra att få igång det där samarbetet med ett gemensamt möte. För jag är helt 100% säker på att har man en gång suttit vid samma bord, så är det lägre tröskel att ta kontakt, sedan när det skulle behövas, också om det initialt inte finns stora problem. Bara det att du vet vem du samarbetar med, så är tröskeln lägre att du ringer till den." (psykiatri)*

En majoritet av de intervjuade personerna lyfter fram att möten mellan många olika aktörer och klienten/familjen inte får vara för stora nätverksmöten. Detta på grund av att klienten/familjen ofta känner sig i underläge om myndighetspresentationen är mycket stark: *"Först och främst är en viktig aspekt då man har möten, att det inte skulle vara en förskräcklig mängd med människor. Familjen kan känna sig underlägsna, om där kommer emot en lång rad med myndighetspersoner"* (skola).

En värdefull konklusion av hur man sköter samarbetet på ett bra sätt summeras tydligt av en av bildningssidans personal: *"då jag funderar på att jag sade att det till exempel med intensifierat familjearbete görs nära samarbete, så inte behöver vi ju ha några stora nätverksmöten ens, då vi redan gör det [samarbetet] där i vardagen"*. Om samarbetet görs frekvent i vardagen behövs alltså sällan några stora nätverksmöten.

### **7.2.3 Professionell nivå**

#### ***Professionell autonomi***

Under intervjuerna ställdes frågor som gällde avgörande av i vilka fall, i vilka skeden och hur ofta samarbete behöver göras samt om man behöver vara ålagd till samarbete. Det frågades även om det behövs ramavtal eller riktlinjer för MPS. Tidigare forskning, bl.a. Nordström et al. (2016, 12), tar nämligen upp att tvång till närvaro på samverkansmöten kan vara en hindrande faktor för att få till stånd ett gott samarbete, samtidigt som man konstaterar att det också kan vara positivt att verksamheter är ålagda att prioritera samverkan. Bland intervjuvaren framkommer det att det kunde vara bra med ett visst mått av att vara ålagd till samarbete, men man betonar samtidigt att man vill bevara flexibiliteten och självbestämmanderätten för att avgöra hur samarbetet utförs rent konkret. Man behöver lita på att de yrkeskunniga har förmågan att avgöra hur frekvent samarbetet görs, samtidigt som en del respondenter föreslår att man har ett minimikrav, exempelvis att klientens aktörer samlas till möte minst en gång per år. Andra förslag är att man alltid behöver träffas i början av klientskap samt att man sedan behöver ha uppföljningsmöte i något skede.

*”Då situationerna är så olika, familjernas behov kan av vara mycket olika, typ att om det är för strikt reglerat, så då går processen före. Men sedan om inget alls, så då är det igen en sådan vilda västern att då är det inte heller jämn kvalitet.”* (barnskydd)

*”I nuläget går vi enligt situation. Men det har nog sina sidor. Enligt min mening är det där inte en så svart-vit grej. Emellanåt känns det som att det skulle vara bra att det skulle finnas något minimi tillsatt. Där finns säkert sådana som är för och emot de här sakerna, att ibland kan det kännas onödigt, i sådana fall där man inte skulle behöva det. Att på något sätt enligt behov, ja, men enligt behov kan sedan innebära att behovet inte märks, eller märks för sent /.../ kanske det där lilla tvånget, en liten skyldighet kunde vara helt bra, ja.”* (psykiatri)

### **Rollmedvetenhet och trygghet i den egna rollen**

En annan aspekt av den roll- och ansvarsfördelning som har tagits upp på gruppnivå, är att de professionella behöver ha en egen rollmedvetenhet. Bland de intervjuade fanns det en uppfattning om att det är viktigt att yrkespersonerna är trygga i sin egen roll, eftersom man då inte märker av eller påverkas lika lätt av makt- eller statuskillnader. En yrkesperson inom skolan nämner att *”med den här erfarenheten så marscherar man in i nästan varje stuga /.../ nog är på något vis den egna synen och den egna rollen klar”*. I intervjuvaren menar man även att trygghet i den egna rollen minskar på kommunikationssvårigheter i och med att man känner sig trygg i att våga fråga upp sådant som man inte vet eller förstår: *”säkert har varje aktör ett eget fackspråk och där kommer vi säkert igen till det här med erfarenhet och självkänsla att finns det mod att fråga ’vad betyder det där?’”* (skola). Tryggheten i den egna rollen kom även fram på frågan hurudana färdigheter och förmågor som samarbetet kräver av de professionella: *”Social kompetens, motivation, öppenhet, någorlunda bra egen professionalitet, alltså att man vet vad man talar om, att man kan motivera och att man är säker i sin egen yrkesroll. Självkänsla”* (psykiatri).

Bland psykiatrins personal uppfattade man inte att terminologin skulle vara något problem eller påverka samarbetet. Däremot kommer det fram bland de övriga aktörernas svar att det närmast är inom psykiatrin som svårare terminologi används. Ändå upplevs språket och terminologin inte som någon stor sak. Som tidigare nämnts inverkar andra aspekter, såsom tryggheten i den egna rollen, i huruvida man frågar upp oklara termer eller oklart språk. Respondenterna upplevde snarare att språket behöver vara vardagligt för att gynna klienten.

På liknande sätt som med den egna rollen, behöver de professionella även ha kunskap om de övriga yrkespersonernas roller och arbetsuppgifter, eftersom detta ökar samförståndet och samsynen.

*”Ju bättre vi känner till varandras arbete, vad vi gör... att man fast skulle ha regelbundna träffar. Enligt mig var det så bra då vi fick vara på besök hos [namn på barnskyddsservice i Esbo] nu på senhösten och de förevisade vad deras tjänster betyder och vilka typer av verksamhet och tjänster de har.”* (skola)

#### **7.2.4 Individnivå**

##### ***Individuella motivationsfaktorer***

De övriga faktorer som här ovan har tagits upp på organisations-, grupp- och professionell nivå, främjar alla individernas motivation för att samarbeta över sektorerna. Det som motiverar personerna är alltså bland annat förutsättningar till samarbete i form av att man har ramavtal och riktlinjer för samarbete och att ledningen stödjer och ivrar för MPS samt att det finns resurser för att samarbeta. En annan sak som motiverar är att man har skapat forum för att träffas fysiskt så att man blir bekanta med varandra: *”Gemensamma skolningar kanske, jag tänker att det kunde föra ihop oss, ge engagemang på något vis. Då skulle man säkert bli bekanta”* (psykiatri).

Det att man ser att samarbetet hjälper klienten, framkommer även som en motivationsfaktor för yrkespersonerna: *”Klientens nytta och gagn och att det skulle bära henne i framtiden /.../ det är det som jag tycker att motiverar mig och som jag är engagerad i”* (skola).

Det att intresset och engagemanget är ömsesidigt är likaså en viktig personlig motivationsfaktor. En informant svarade på följande sätt om vad som får hen att bli mer engagerad: *”Säkert en sådan där ömsesidighet /.../ att även aktörer runt om oss är intresserade av vad vi gör och att det är från båda hållen”* (barnskydd). Vidare är det viktigt med fungerande kommunikationskanaler och att de andra yrkespersonerna är tillgängliga: *”Kanske om det skulle finnas sådana här klara, ännu klarare samarbetskanaler. Att man vet att då när man ringer så svarar någon och om den inte är anträffbar så ringer den tillbaka. Sådant här påverkar förstås ens egen motivation nog ganska långt”* (psykiatri).

### **Personligt engagemang**

Alla intervjupersoner tog upp vikten av den individuella aspekten, eftersom man anser att samarbetet hänger på individernas inställning till samarbetet. De tidigare faktorerna som nämnts, såsom ramavtal och väletablerade rutiner av samarbete, gör att det inte faller lika mycket ansvar på individen: *”Det skulle vara hemskt trevligt att det inte skulle bero på personen, utan att hela organisationen på något sätt skulle fungera på samma sätt”* (skola). Trots detta, är goda förutsättningar inom organisationen och inom arbetsteamerna, ingen garanti för att man på individnivå engagerar sig i samarbete. Det framkommer att det många gånger är upp till yrkespersonens attityd. Personliga attityder har formats av individens tidigare erfarenheter, intressen etc.: *”Det är ju en inställningsfråga. En attityd av att man vill göra tillsammans, fundera och reflektera hur vi bäst kan hjälpa klienten. Det är nog kopplat till någon slags attityd: vill vi respektera och värdesätta varandras kunskande och även se möjligheterna”* (barnskydd).

Ett tema som lyfts fram bland respondenterna är att man behöver visa sitt engagemang gentemot varandra, vara aktiv och envis: *”Just det att man tar upp telefonen och ringer åt varandra, samarbetar och bjuder in varandra.”* (psykiatri). *”Jag är nog sedan ganska envis i den situationen, att om eleven har bekymmer eller oro, så fast jag inte får tag i någon [annan aktör] genast, så nog bombarderar jag bara enträget sedan”* (skola).

### **Personliga färdigheter**

En av intervjufrågorna var vilka färdigheter och förmågor intervjupersonerna anser att samarbetet kräver av dem. Ett tydligt tema som intervjupersonerna tog fasta på var de sociala och kommunikativa färdigheter som krävs: aktivt lyssnande till andra aktörer, öppenhet för andras åsikter, saklig och tydlig kommunikation, vänlighet samt förmedlande av uppskattning: *”Det att jag är saklig, uttrycker mig klart, är lättillgänglig, att man kan närma sig mig och att jag är vänlig”* (psykiatri). Andra viktiga förmågor föreföll vara gott bemötande, god samarbetsförmåga, förmåga att nätverka, dela med sig av sina kunskaper och sin expertis samt att man inte begränsar sig till det egna reviret: *”Det krävs att var och en har flexibilitet, öppenhet, vilja att också göra något annat utanför det egna reviret”* (barnskydd).

### 7.2.5 Kommunikation

Kommunikation är en central del av alla nivåer; på ledningsnivå, mellan olika arbetsteam och mellan olika professionella. I det empiriska materialet framträder detta tydligt. Upprätthållande av en öppen dialog är viktigt och i kommunikationen behöver finnas både ödmjukhet och aktivt lyssnande samt värdesättande av den andre och dennes arbete.

*”Ju mer diskussion angående hur något smakar, hur det ser ut, hur de luktar, så desto mer står vi på samma grund i dessa saker och desto lättare är det att arbeta.”* (barnskydd)

*”Att man kan ha förmågan att lyssna på andra, just därifrån kommer värdesättande och förtroende. Att man inte bra driver igenom sin egen sak.”* (skola)

*”Öppen, tillräckligt rak och tydlig kommunikation. Att man pratar om saker på riktigt, inte att man vrider och vänder på saker eller håller saker hemligt. Och säkert allt sådan där värdesättande och sådant, respekterande av den andres arbete. Att man inte börjar läxa upp den andra: ’hej här måste du nog göra så här’. Att man alltid litar på den andres yrkeskunnande.”* (psykiatri)

Flera intervjupersoner poängterar att man skall respektera varandras professionella integritet och inte kommendera varandra till handlingar. Då det kommer till ödmjukhet i kommunikationen, lyfte en från barnskyddets personal upp ett exempel på då kommunikationen med en professionell från psykiatrin gick bra. Barnskyddets yrkesperson reflekterar över att den andra aktören blev mycket villig att samarbeta då handledarens inställning var ödmjuk: *”Vad jag efteråt har funderat är, varför det gick så bra /.../ och jag tänker mig det att det är kopplat till ödmjukhet: ’jag ber er om hjälp nu, berätta för mig, hjälp mig du som professionell i det här, att fundera hur man skall agera här’”* (barnskydd).

Det framkommer vidare att de intervjuade anser att man behöver prata gott om varandra för att stödja varandra och få till stånd bästa möjliga resultat av MPS: *”Om de [klienten/familjen] litar på skolans yrkesperson i detta läge, så då är samarbetet det att man marknadsför barnskyddet och pratar gott om det till familjen, att barnskyddet på riktigt försöker hjälpa och är ’på samma sida’”* (skola).

Kommunikation innebär även ett ömsesidigt informationsbyte, vilket särskilt bildningssidans personal upplevde att de vill ha mer av. Eftersom skolan inte hör till service på special- eller krävande nivå, har aktörer som barnskyddet och psykiatrin större rättigheter att få information av skolan, än vad skolan har att få av dem.

*"Ömsesidigt informationsflöde. Barnskyddet förväntar sig ändå att man informerar om hur det går i skolan och så. De vill ha mycket information av skolan, men sedan även åt andra hållet." (skola)*

*"Nå, det skulle vara idealsituationen, om alla var lika aktiva. Ofta märker man här på skolsidan att, nå, inte kommer man själv heller ihåg att dela med sig och informera om alla saker, men särskilt från socialvårdens sida. Ungdomen kan ha omhändertagits eller blivit brådskande placerad någonstans och sedan kommer informationen i det läget, så ungdomen kommer någonstans därifrån [från placeringsstället]. Naturligtvis förstår jag att en del processer är så snabba, men så att man kunde stödja den unga på rätt sätt, så skulle det vara viktigt att veta. Att i det läget är skolgången inte den där viktigaste saken." (skola)*

### **7.2.6 Familje- och klientcentrering**

Ett fenomen som identifierades i de individuella intervjuerna var att man ofta tog upp vikten av att det multiprofessionella samarbetet är klientcentrerat och att det finns en hög klientdelaktighet. Trots att ett tema i intervjumanualen var just detta, framkom temat under intervjuerna även utan de specifika frågorna om klientcentrering och -delaktighet. I det multiprofessionella samarbetet förefaller det vara viktigt att alla parter är införstådda i att arbetet är klientcentrerat. Detta för att öka samsynen och samförståndet mellan de professionella, vilket bland annat en av psykiatrins yrkespersoner poängterar: *"Jag tycker att det skulle vara jätteviktigt att båda har samma upplevelse av att det är värdefullt att, och betydelsefullt och viktigt att klienten står i centrum"*. Vidare framhöll intervjupersonerna att klientdelaktighet är en förutsättning för att få ett framgångsrikt MPS, eftersom klienten och familjen då samarbetar och aktivt är med i sin egen process. Denna klientcentrering och -delaktighet behöver bland annat märkas under gemensamma möten med klienten/familjen.

*"Skapa en sådan atmosfär under palavern att vi finns till för den unga och familjen. Att man inte drivs in i en sådan där fjentlig inställning. Fast man inte är av samma åsikt, det kan gå så att man inte uppnår samförstånd, men även i den situationen försöker man vara respektfull. Det är viktigt för alla att bli hörda, fast man inte kan handla därefter, eller fast man ser olika på saken." (skola)*

*"Om klienten inte är med där, så är det ofruktbart /.../ Att myndigheterna besluter något där, på så vis får vi enbart vårdfientliga samarbetsovilliga familjer. Effekten av vårt arbete är helt annorlunda om familjen är mottaglig eller om vi får den unga att vara mottaglig." (skola)*



### 7.3 Sammanfattning av faktorer samt anknytning till teorin

Syftet med detta avsnitt är att sammanfatta det empiriska materialets teman och analysera huruvida intervjuernas faktorer överensstämmer med den teoretiska referensramen och tidigare forskning. För att belysa den särprägel som fanns mellan de olika sektorerna och deras intervjusvar, lyfter jag även upp sektorerna barnskydd, psykiatri och skola separat. Slutligen sammanfattas resultaten av denna studie, de främjande och hindrande faktorerna för multiprofessionellt samarbete, genom att resultaten illustreras i figur 5 (s. 70) med hjälp av den systemiska modell för samarbete som togs upp i kapitel 4.1.3 (figur 4, s. 16). De mer konkreta åtgärder som sedan kan tas, för att stärka de främjande faktorerna eller minska på hindren för samarbete, lyfts fram i tabellen i kapitel 7.5.4 (s. 78–79).

En anmärkningsvärd aspekt bland svaren inom respektive sektor var att alla ansåg sig vara den mest aktiva sektorn i fråga om samarbete. Alla respondenter från respektive sektor ansåg att det var deras egen verksamhet som oftast var initiativtagare till multiprofessionellt samarbete. Utifrån det empiriska materialet kan man vidare konstatera att de olika professionernas (yrkeskategoriernas) svar inte skiljer sig nämnvärt, istället var det frågan om olika uppfattningar mellan de olika sektorerna, åtminstone i vissa aspekter. För att belysa det särskiljande mellan de olika sektorernas svar, presenteras de nedan:

**Barnskydd:** Inom barnskyddet fanns en önskan om mer flexibla och fältorienterade arbetssätt av både skola och psykiatri. Man ansåg att de traditionella, stelbenta arbetsmetoderna inte gynnar klienten och försvårar samarbetet över sektorsgränserna. Vidare märkte man inom barnskyddets familjearbete mest av statusskillnader i jämförelse med de andra två sektorerna. Handledarna var relativt osäkra i sin roll och handledarrollen ansågs vara klen värderad. Resursbristen ansågs även, bland många informanter från olika sektorer, vara störst inom barnskyddet, särskilt bland barnskyddets socialarbetare. Barnskyddets intensifierade familjearbete ansågs däremot bland skolans och psykiatrins informanter vara en värdefull och aktiv samarbetspart.

**Psykiatri:** Bland psykiatrins informanter nämndes flest upplevelser av ”revirövertramp” och samtliga exempel handlade om att barnskyddet gjort dessa övertramp. Detta kan tänkas bero på att psykiatrin och barnskyddet har en närmare kontaktyta då båda är insatser på specialnivå, medan skolan utgör service på grundnivå och skolans roll i elevens liv är traditionellt sett mer avgränsad och tydlig. Detta kan leda till att lärare, kuratorer och

skolhälsovårdare "vet sin plats" i förhållande till psykiatrin, medan psykiatrins och barnskyddets arbete i större utsträckning överlappar varandra. Vidare önskade psykiatrins informanter att samarbetsaktörer kunde ha mer kunskap om psykiatriska/psykiska tillstånd och företeelser och hur man hanterar dem. Detta så att det skulle råda en större samsyn i arbetet kring klienten/familjen.

**Skola:** Bland informanterna från skolektorn fanns det en allmän uppfattning om att de ofta "lämnas utanför" vad gäller informationsdelning från barnskydd och psykiatri, trots att skolans personal själva delar med sig mycket information till just barnskyddet och psykiatrin.

För att få samarbetet att fungera, vore det betydelsefullt att vara medveten om och ta i beaktan de uppfattningar som särpräglar de olika sektorerna. Denna medvetenhet kunde nämligen öka förståelsen för varandra. Man kan vidare konstatera att resultaten av den empiriska undersökningens främjande och hindrande faktorer för samarbete, till stor del överensstämmer med den tidigare forskning och teoretiska grund som har presenterats i kapitel 4 och 5. Både tidigare forskning och intervju svaren visar på att klientfokus och -delaktighet är en viktig förutsättning för MPS. Vidare lyfts kommunikation fram som en röd tråd inom alla nivåer av samarbete (bl.a. Hesjedal et al. 2015, 442–443; Suter et al. 2009, 46 & 50; Jacobsen och Thorsvik 2014, 256; Jünger et al.:s studie 2007, 349–350; Williams 2012, 556).

De övriga nyckelfaktorer för samverkan som tas upp inom tidigare forskning är följande: **På samhällsnivå** handlar dessa nyckelfaktorer om politiska handlingsstrategier, lagstiftning och regelverk som stödjer MPS, planering och finansieringsplaner av MPS på riksnivå samt god kommunikation. (bl.a. Nordström et al. 2016, 15 & WHO 2010, 10–11;) **På organisationsnivå** belyses tydliga styrningsmodeller och gemensamma riktlinjer för MPS, en fysisk miljö som främjar MPS, en ledning som stödjer MPS och engagerar personalen samt att ledarskapet själv samarbetar och har en god kommunikationsförmåga. (Jacobsen & Thorsvik 2014, 269; Nordström et al. 2016, 14–15; Timonen-Kallio et al. 2017, 395–397 & Williams 2012, 556). **På gruppnivå** är likaså kommunikation viktigt, såsom även regelbundna team-möten för att möjliggöra en gemensam kultur, gemensamt beslutsfattande, informationsbyte och förtroende. De olika arbetsteamerna behöver även tydlig roll- och ansvarsfördelning. (bl.a. Enright 2015, 1396; Hesjedal et al. 2015, 441–442;

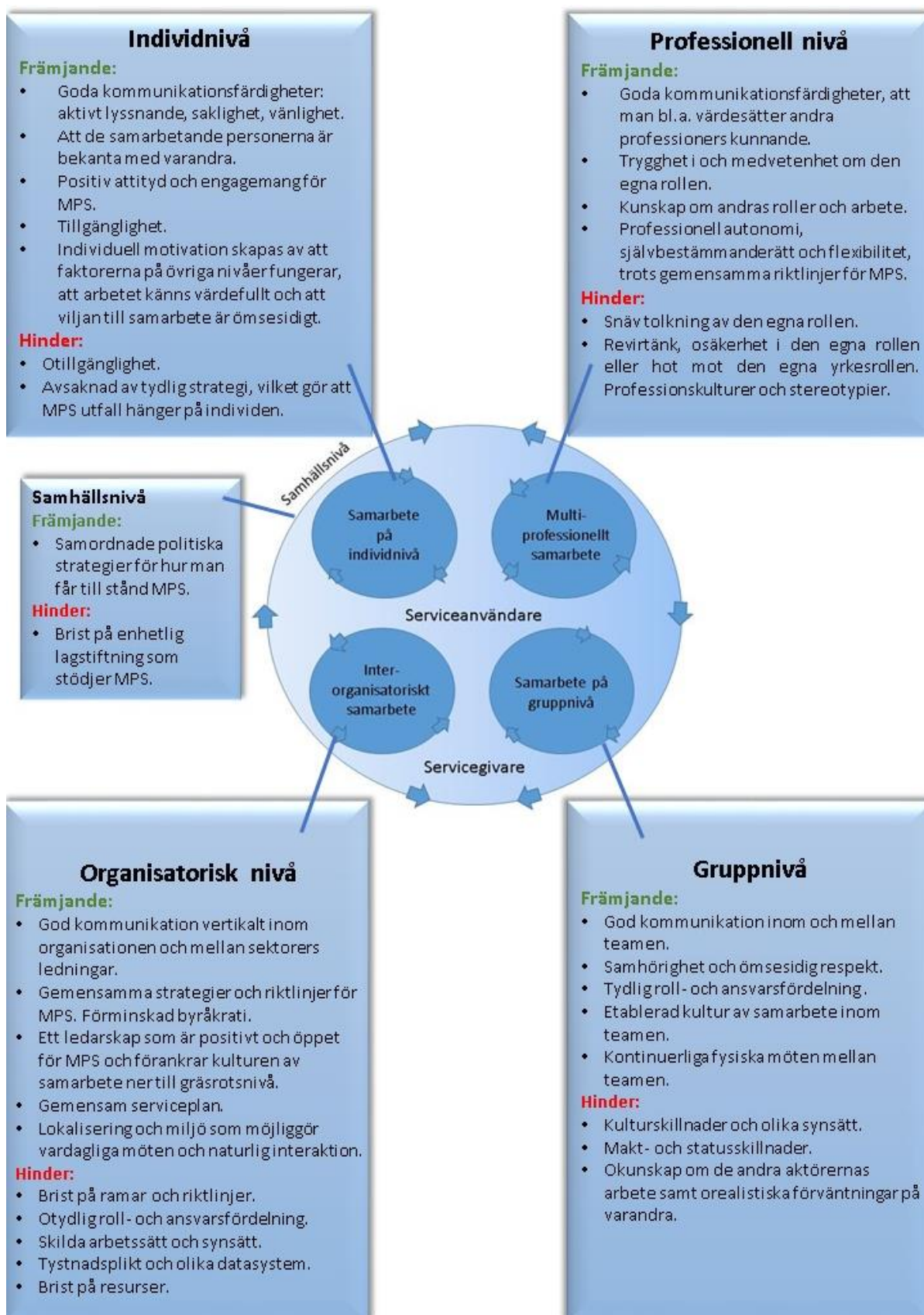
Thylefors 2013, 115–116). **På professionell nivå** poängteras professionell autonomi, trygghet i egen yrkesroll, medvetenhet om andras roller, utvecklande av egen professionell identitet och professionella värderingar (bl.a Jones & Jones 2011, 179–180; Jünger et al. 2007, 247–249; Suter et al. 2009, 43 & 50 & Timonen-Kallio et al. 2017, 369, 398–399). Slutligen innefattar **den personliga eller individuella nivån** personliga färdigheter såsom emotionell intelligens och integritet samt sociala förmågor såsom förmåga att förhandla och lyssna till andra. Personerna behöver ha en positiv attityd eller grundsyn och ett personligt engagemang för MPS. (Crawford 2012, 99; Suter et al. 2009, 46 & Hesjedal et al. 2015, 439–440). Dessa ovannämnda nyckelfaktorer för ett lyckat samarbete återfinns även i sammanfattningen av studiens egna resultat på sidan 70.

De hinder som behandlats i tidigare forskning har starkt samband med de hinder som kom fram i denna studie. Hindren i tidigare forskning handlar om tvång till närvaro, professionskulturer och stereotyper, okunskap om andras roller, status- och maktskillnader, olika uppfattningar och synsätt, olika förväntningar samt tystnadsplikt och resursbrister (bl.a. McNeil et al. 2013, 291; Nordström et al. 2016, 11; Thylefors 2013, 104–105, 144 & Timonen-Kallio et al. 2017, 369, 395–399).

Olika terminologi och språk sågs inte i intervjuvären som något större hinder för samverkan, trots att det är något som i tidigare forskning har lyfts fram som ett hinder. Bland annat Crawford (2012, 123–124) tar upp att fackspråk eller specialtermer lätt kan leda till att övriga samarbetsparter känner sig underlägsna och exkluderade, vilket i sin tur kan leda till frustration, ilska och/eller passivitet hos samarbetsparten. Ofta används facktermer mer eller mindre omedvetet på grund av att termerna är så bekanta för den professionella i fråga, ibland kan de däremot användas för att stärka makt och status. (Crawford 2012, 123–124). Denna studie visar däremot att en trygghet i den egna professionsidentiteten gör yrkespersoner mera immuna mot maktskillnader.

På följande sida illustreras de främjande respektive hindrande faktorer för samarbete som kommit fram i den empiriska undersökningen. Illustrationen utgår från den systemiska modellen som utarbetats från Whittingtons modell (2003, 41 & 46). Denna systemiska modell syns i mitten av bilden, medan undersökningens resultat är förknippat till de olika nivåerna. Samhällsnivån är tillsatt som en övergripande nivå, eftersom man både inom tidigare forskning och i denna undersökning har tagit upp samhällsrelaterade aspekter på samarbetet.

Figur 5. Sammanfattning av studiens främjande och hindrande samverkansfaktorer.



## 7.4 Kontextuella skillnader i benchmarkingundersökningen

Kontextuella aspekter bör tas i beaktan vid benchmarkingundersökningar. Detta eftersom meningen med benchmarking inte är att kopiera andras tillvägagångssätt eller arbetsmetoder, utan snarare att forma om dem, så att de lämpar sig för den egna kontexten. (Vuorinen 2013, 158). I detta kapitel lyfts främst två kontextuella aspekter upp som härrör sig till orternas storlek och språkliga fördelning. Dessa har även kopplingar till mönster i det empiriska materialet.

### 7.4.1 Storleksmässig kontext

Esbo stad hade ett invånarantal på 279 044 vid årsskiftet 2017/2018, medan Vasa i slutet av 2018 hade ett invånarantal på 67 552 personer (Espoon kaupunki, u.å. & Vasa stad u.å.). Esbo är med andra ord kring fyra gånger större än Vasa. Denna storleksmässiga skillnad leder även till konsekvenser i det multiprofessionella samarbetet. I denna studies empiriska material framkommer det starkt att bekantskap är en viktig faktor för att främja samarbete. Detta kan tänkas ske snabbare och mer naturligt på mindre orter där sammanhangen och personalmängden är mindre. Vidare leder större orter och större organisationer till att de fysiska avstånden ofta blir längre, vilket kan utgöra ett hinder för samarbete. Åtminstone kräver större sammanhang en mer strukturerad samordning för att fungera. Dessa resonemang och uppfattningar kommer fram flera gånger i de olika intervjuerna. Man tar även upp att man märkt av hur olika arbetssätt och samarbetssätt man har mellan närliggande kommuner.

*”Om platserna skulle vara närmare varandra på något sätt, och att man skulle känna människorna, så då skulle samarbetet kunna vara naturligare.” (skola)*

*”Esbo som stad är så stor att man inte kan vara bekant med alla /.../ och sedan finns det tredje sektorn och stadens egna köptjänster, det området är också så otroligt splittrat, att det är ett väldigt projekt att hålla sig ajour.” (barnskydd)*

*”Det var ju det som de på något sätt påvisade där i [nämner en mindre ort] också, och samma uppfattning har jag när jag har jobbat med olika myndigheter där. Att de är så nära varandra, de är fysiskt där i centrum och de har hemskt lätt att överföra till varandra och allt, att det är helt annorlunda än vad vi har här. Det är klart att det är en fördel /.../ när du känner någon är det en helt annan grej, nog underlättar ju det mycket.” (psykiatri)*

*”Jag tror att det påverkar, när de här enheterna sammanslogs och det blev mycket större, så minska direkt också det här samarbetet /.../ man kände dem som man jobbade med där i sitt närområde och sedan när de sammanslås så blir det genast mycket större och mera opersonligt. Och tidigare så tog vi också initiativ, när vi var en mindre poliklinik och hade*

*ett mera begränsat område, så ordnade vi också sådana här möten regelbundet, att vi bjöd in barnskyddspersonalen och vi hade sådana här årliga möten där vi utvärderade vårt samarbete och diskuterade vad som funkar och vad som inte funkar, det var ju jättebra. Man fick ansikte på alla människor och det var mycket lägre tröskel att ta kontakt och man visste ungefär vad man hade för förväntningar på varandra.” (psykiatri)*

*”Ibland känns det som att det är svårt att hitta dessa gemensamma mötestider, när vi kan ha palaver. /.../ det känns ibland som att här i huvudstadsregionen har vi de här avstånden, och resorna tar mycket tid. Att på något vis det att man kunde ordna så att vi kan hålla dessa gemensamma möten.” (skola)*

#### **7.4.2 Språklig kontext**

I denna undersökning fanns i intervjuerna en fråga om språk och terminologi och hur detta påverkar samarbetet. Alla informanter tog fasta på fackspråk och -terminologi och såg inte den språkliga aspekten i form av klientens eller yrkespersonernas olika modersmål som något större hinder för samarbete. Detta kan tänkas bero på att de flesta svenskspråkiga i Esbotrakten ändå förväntas kunna så pass bra finska att man klarar sig på det finska språket de gånger som vårdkedjan inte är enhetligt svenskspråkig. En av respondenterna nämnde att man vid behov använder sig av tolk, om klienten eller familjen har ett annat modersmål.

De språkliga aspekterna bör uppmärksammas i denna studie med tanke på att benchmarkingundersökningens orter skiljer sig åt i denna språk-kontext. Det finlandssvenska kompetenscentrumet inom det sociala området (FSKC) har 2016/2017, med anknytning till LAPE-programmet, gjort en utvärdering och kartläggning av servicen på svenska för barn och familjer (Stoor, Backman & Lindholm 2017, 4). Här konstateras att förekomsten av svenskspråkig service inte framkommer i statistikuppgifter och att FSKC:s kartläggning över svenskspråkig service för barn och familjer är den enda i sitt slag.

Språkfördelningen i Esbo vid årsskiftet 2017/2018 var: finskspråkiga 77 %, svenskspråkiga 7 % samt övriga språk 16 %. I Vasa såg språkfördelningen ut på följande sätt (31.12.2018): finskspråkiga 68 %, svenskspråkiga 23 % och övriga språk 9 %. (Espoon kaupunki, u.å. & Vasa stad u.å.). Om man ser landskapsvis, är den procentuella svenskspråkigheten ännu större i Österbotten, jämfört med Nyland. År 2015 var 8% av Nylands befolkning svenskspråkiga, medan motsvarande andel i Österbotten var 49% (Stoor et al. 2017, 6). Man kan alltså konstatera att regionerna språkligt sett är mycket olika till sin kontext. I Stoor et al.:s (2017, 7–8) resultat av deras undersökningar konstateras även att förutsättningarna för att kunna trygga en svenskspråkig vårdkedja är större i Österbotten

än vad den är i Nyland. Sammanfattningsvis kan man konstatera att det i Österbotten finns fler svenskspråkiga både bland klienter och personal, vilket leder till att det multiprofessionella samarbetet även i en högre grad förverkligas på båda språken.

I de Nyländska kommunerna varierar språkfördelningen stort sinsemellan, vilket gör att den fungerande svenskspråkiga servicen är varierande. Utmaningar vid Esbos psykiatriska polikliniker eller barnskyddsenheter kan därmed bestå av att få tillgång till språkkunnig och kompetent personal, att avstånden är långa och att ordnandet av servicen är mer komplicerad och svåröverskådlig i och med att det handlar om större organisationer. (Stoor et al. 2017, 7). Alla dessa aspekter leder till att det multiprofessionella samarbetet i Esbo med omnejd är mer komplext till sin natur, vilket även kräver mer av dem som skall organisera samarbetet.

## **7.5 Åtgärder för att stärka de främjande faktorerna och minska på barriärerna**

I detta kapitel knyts det empiriska resultatet an till forskningsfrågan om hur man främjar de faktorer som gör att MPS lyckas och minska på barriärernas inflytande. Nedan presenteras alltså sådana strategier eller åtgärder som stärker de främjande faktorerna och/eller minskar barriärerna. För att slutligen summera dessa åtgärder och för att sätta in dem i systemteorins olika sfärer eller nivåer, åskådliggörs åtgärderna och deras resultat samt utförare/berörda parter, i tabell 2 på sidan 78–79.

I de empiriska resultaten framkommer det att ledningen innehar en central roll för att främja samarbete och minska på hindren för samarbetet (kap. 7.2.1, s. 54). Det handlar om att ledningen behöver vara positivt inställd till samarbete över sektorsgränser samt att de själva samarbetar över sektorsgränser och att de gör upp en strategi för MPS i syfte att ge personalen enhetliga arbetsmodeller för samarbetet. Dessutom är det ofta ledningens ansvar att besluta om exempelvis gemensamma skolningar och verksamheters lokalisering i förhållande till varandra. Ledningen inom de olika sektorerna har alltså en central roll i de samarbetsfrämjande åtgärder som nedan kommer att presenteras, ändå krävs det engagemang på alla nivåer ned till gräsrotsnivå för att lyckas med samarbetet.

### 7.5.1 Nya arbetsmodeller

En av skolans intervjupersoner tog upp en arbetsmodell, som man ansåg fungerade bra, för att med låg tröskel och kort varsel få in psykiatrins utvärdering och syn på en situation. Denna "startti-tiimi"-modell inom barnpsykiatrins öppenvård innebär att man kan kalla till möte redan på förhand, utan att det finns klientskap inom psykiatrin. Man får då med kort varsel ett team på plats från psykiatrin för att utvärdera vårdbehovet.

De arbetsmodeller man i övrigt önskade för att främja MPS gick till stor del ut på att förankra arbetet mer på fältet och att man även fysiskt kan göra arbetet någon annan stans än inom de egna utrymmena: *"Om man skulle få slänga sådana här utopistiska önskemål, så skulle det vara alldeles superviktigt om de i skolorna skulle finnas även andra aktörer än skolans egna aktörer /.../ om det sedan skulle vara en ungdomsledare, eller någon yrkesperson från socialsidan, eller en psykiatrisk sjukskötare"* (skola). Timonen-Kallio et al. (2017, 395; 397) tar upp att daglig och kontinuerlig kontakt mellan professionella, regelbundna möten och gemensamma hembesök behövs för ett lyckat MPS. Särskilt menar man (Timonen-Kallio et al. 2017, 395–396) att det bland psykiatrins och socialvårdens personal finns ett behov av mer gemensamma hembesök hos familjerna. Bland alla barnskyddets intervjuobjekt och bland flera av psykiatrins, fanns det just en önskan om att man kunde göra pararbete över organisationsgränserna mellan psykiatrin och barnskyddet.

*"Inte ser jag något som hindrar det att man skulle jobba som par över organisationsgränserna /.../ det är ju inte så rysligt ofta vi gör hembesök, bara därför för att resurserna är begränsade. Men att om det nu faktiskt skulle vara meningsfullt och viktigt, så tycker jag absolut att det skulle vara bra att det skulle vara möjligt att göra samarbete. Att varför göra två skilda hembesök då om man kan göra ett gemensamt."* (psykiatri)

*"Jag har några erfarenheter, mycket bra erfarenheter, var vi har fått till stånd exempelvis en gemensam familjeträff. Att man har kommit ut på fältet från psykiatrins sida och att vi har hållit gemensamma träffar. Familjen har upplevt det som trevligt, att de inte har behövt springa till så många olika ställen."* (barnskydd)

En av psykiatrins yrkespersoner beskrev även sin bästa erfarenhet av multiprofessionellt samarbete och visade på att nya innovativa arbetsformer utanför den vanliga "boxen" kan vara mycket värdefullt.

*"Det bästa som jag har fått göra i det här jobbet, är då jag i tiderna var på familjeläger /.../ tre, fyra dagar långt familjeläger /.../ För att jag skulle få fara härifrån så tog jag med några familjer. Så kom det ett par, tre stycken familjer från familjerådgivningen, och sedan från ungdomsstationen och från barnskyddet. Och där intensifierades det allra bästa*



*samarbetet som man kan göra. Jag drog en föräldragrupp tillsammans, vi hade en barnskyddets [nämner en yrkesperson] som drog psykodrama-grupper och sedan fanns det annan personal som emellanåt var med barnen och sedan var vi mycket alla tillsammans. Det är nog det bästa, alla tiders bästa, som man har fått göra i samarbetsväg /.../ Det kan man säga att alla var på samma nivå /.../ I vardagen finns naturligtvis andra krav, att det där var ju fritid [för klienterna]. Men det var mycket tufft, vi gjorde otroligt mycket. /.../ Psykiatri kan vara något annat än sådant att vi bara sitter här, det kan innehålla så mycket annat också.” (psykiatri)*

En av barnskyddets yrkespersoner nämner även Hackney-modellen, som beskrivits i kapitel 4.1 (s. 11), som ett exempel över hur ett idealt multiprofessionellt samarbete kunde se ut: *”Något i stil med Hackney-modellen. En sådan där olika aktörer som arbetar, socialarbetaren, förankrar sitt arbete i familjen, där kanske psykiatrin förankrar sig... Alla har en liknande synvinkel över klientens situation och behov. Klienten är där i centrum och lyfter fram sitt servicebehov och vad hen drar nytta av”.*

### **7.5.2 Konkreta arbetsverktyg**

Det har tidigare nämnts att en bra roll- och arbetsfördelning främjar MPS, samtidigt som okunskap om andra aktörers roller och arbete är ett hinder för samverkan (kap. 7.2.2, s. 58 & 7.1.3, s. 49). En utmaning för både ledare och utförare av vård är därmed att råda bot på den okunskap personal har om andra professioners roller och kunskaper. Några av intervjupersonerna nämner att roll- och ansvarsfördelningen har underlättats genom att man tagit i bruk en ”verkstokooonti-lomake”, alltså en blankett över ansvarsfördelningen och tidpunkt för nästa möte. Blanketten fylls i av samtliga aktörer i samband med gemensamma möten. Varje aktörs ifyllda blankett kopieras sedan upp och delas ut till de andra aktörerna så att alla har tillgång till samma papper. En av de intervjuade från skolsidan beskriver på ett tydligt sätt hur en så enkel sak som en blankett kan underlätta samarbetet: *”En mycket simpel sak, ett papper som man använder, men det har bidragit med otroligt mycket gott till nätverksarbetet. Det klargör saker” (skola).*

Ett av hindren för samarbete upplevdes vara sekretess och tystnadsplikt och osäkerhet kring hur de behöver tillämpas i kontakten med andra sektorer (kap. 7.1.1, s. 44). En annan blankett som de intervjuade upplevde att underlättar detta, är att man samlar in samtyckesblanketter av klienter/vårdnadshavarna. *”Det är viktigt att familjen fyller i lovlapparna som är organisationens egna, att vem får man vara i kontakt med. Sedan då man fått samtycke, så då är vi i kontakt” (psykiatri).*

Ett annat hinder för samverkan som fanns i det empiriska materialet var tidsbrist och att det är svårt att hitta gemensamma tider i kalendrarna (kap. 7.1.1, s. 45). En av psykiatrins yrkespersoner tog under intervjun upp att man nyligen tagit i bruk en elektronisk kalender. Systemet var ännu i initialfasen, men skulle innebära att psykiatrins kalendrar skulle vara synliga för barnskyddets personal och vice versa. På psykiatriska sida skulle dagliga tider för vårdmöten vara insatta, så att barnskyddets personal kunde se när det finns lediga "samarbetstider".

Ytterligare ett konkret tips som underlättar den otillgänglighet som i intervjuerna framkom som ett hinder (kap. 7.1.4, s. 51), är att kontaktuppgifter delas ut mellan de olika sektorerna (enbart för personalens användning): *"En av de viktigaste sakerna är kontaktuppgifter /.../ För om de inte finns, och du far och söker på nätet, så det är hopplöst. Helt grundläggande kontaktuppgifter: e-postadress och telefonnummer. Det är en utgångspunkt"* (psykiatri).

### 7.5.3 Regelbundna möten

Tidigare i resultaten, bland de främjande faktorerna, har det framkommit att det behövs en kontinuitet och regelbundenhet i det gemensamma arbetet kring en klient/familj (kap. 7.2.2, s. 60). Det finns ett behov av gemensam utvärdering i början av klientskapet, men även uppföljning av den initiala gemensamma utvärderingen. Detta är även något som THL lyfter fram då man beskriver den systemiska verksamhetsmodellen för familjearbete (THL 2017, 17 & 58; Alatalo et al. 2017, 58–59).

Samtliga intervjuade yrkespersoner ansåg att en viktig aspekt för att få ett välfungerande samarbete är att man möts även i andra sammanhang än då man har gemensamma klienter. Förslagen var att man kunde träffas oftare i mer avslappnad form, genom regelbundna besök eller "studiebesök" hos varandra, men även genom större gemensamma skolningstillfällen eller utvecklings- och planeringsdagar 1–2 gånger per år. Respondenterna lyfter fram att man i större sammanhang kan delas in i mindre grupper och gå igenom "case", ha workshops eller ha andra typer av gruppövningar.

*"Vi hade i själva verket alldeles just ett sådant där ganska stort nätverksmöte /.../ vi gick igenom varandras arbetsbilder och hur vi bättre kan betjäna gemensamma klienter och de verkade nog genuint väldigt intresserade av vårt arbete. På något sätt fanns det en viljestyrka att blåsa på samma kol. Som det verkar för mig, så har vi kunnat gå framåt och vi har en bra samhörighet."* (barnskydd)

*"Det skulle säkert vara så, att man skulle ha typ en gång per termin någon sådan där samarbetsdag, skola, barnskydd och från oss, de här poliklinik-arbeteamerna. Då skulle man ha ett gemensamt tema och man skulle först ha något case som man funderar kring: olika insatser och hur man skulle lösa det. Alltså att man skulle ha det som en inbyggd modell, varje höst och varje vår eller något sådant. Då skulle man se varandra och då skulle man kunna diskutera de där att: 'hur skulle man kunna göra det här?' och också uppdatera: 'vad är det för nytt i vår verksamhet?'" (psykiatri)*

Även tidigare forskning beskriver dessa ovannämnda aspekter som goda strategier för ett lyckat multiprofessionellt samarbete. Jones och Jones (2011, 180) lyfter i sin artikel fram att regelbundna möten "ansikte mot ansikte" leder till ökad förståelse och ökat förtroende mellan de professionella och är mycket viktigt för att utveckla ett gemensamt syfte och en gemensam riktning. Regelbundna möten i olika former och på olika nivåer ger möjlighet till ökad medvetenhet, beslutsfattande, informationsdelning och kommunikation (Williams 2012, 556). Williams föreslår exempelvis att "skuggning" av en annan professionell, det vill säga att man observerar och är med då denne arbetar, hjälper att få tillgång till "tyst kunskap" om den andre och ger kunskap om den andres arbetsroll och arbetsuppgifter, vilket främjar samarbetet.

De gemensamma skolningar som respondenterna nämner i intervjuerna stödjer det livslånga och ömsesidiga lärande som Williams (2012, 556) tar upp i sin artikel. Att man lär sig tillsammans och av varandra främjar samarbete. Kommunikationsfärdigheter och rollförståelse är enligt Suter et al. (2009, 50) de viktigaste aspekterna för lyckad samverkan, författarna föreslår därför de kan uppnås genom att satsa på att fortbilda personalen i just dessa teman. En av intervjupersonerna från skolsidan ringar in just detta tema.

*"I alla skolningar kunde man öka mer på dialog-övningar och förhandlingsteknik. Erfarenhet medför naturligtvis saker, men det är en otroligt viktig förmåga i all växelverkan. /.../ helt konkreta exempel att: 'här lyckades inte mötet, ser någon orsakerna varför det inte lyckades?' eller: 'vad var det här som klickade?' Just att man exempelvis ser på videosnuttar." (skola)*

#### **7.5.4 Sammanfattning av åtgärder**

I detta avsnitt åskådliggörs svaren på forskningsfrågorna: Hur skall man främja de faktorer som gör att multiprofessionellt samarbete lyckas? Hur skall man minska eller eliminera hindren för MPS? Dessa aspekter belyses genom tabellen nedan.

Nivåer	Åtgärder	Potentiellt resultat	Utförare/berörda parter
Organisatorisk nivå	Ledningen är positiva till och ett språkrör för MPS. De har ett eget konkret samarbete/kommunikation över sektorsgränserna.	MPS indoktrineras i verksamhetskulturen. Ledningen inspirerar övrig personal att samarbeta.	Förmän och chefer inom olika nivåer av de berörda organisationerna.
	Strategi och gemensamma riktlinjer för MPS. Förminskad byråkrati.	Större samsyn över vad MPS innebär. MPS blir mer vedertaget i.o.m. att det är en uttalad del av arbetsbilden.	Ledningen lyssnar till och engagerar personal på gräsrotsnivån är i utvecklandet av strategier och riktlinjer.
	Gemensam serviceplan eller blankett över ansvarsfördelning.	Förtydligar roll- och ansvarsfördelning och gemensamma målsättningar. Minskar klander och ifrågasättande av andra aktörerna.	Ledningen för de berörda sektorerna utarbetar och gör tillsammans upp riktlinjer för hur en gemensam klientplan skulle se ut.
	Gemensamma elektroniska kalendrar.	Lättare att hitta gemensamma mötestider, sänker tröskeln för gemensamma möten.	Ledningen i berörda sektorer beslutar om programvaran skall tas i bruk. Personalen involveras i planeringsprocessen och skolas in i dess användning.
	Gemensamma utvecklingsdagar och skolningar.	Ökad samsyn, ökad förståelse för/kunskap om varandras arbete och roller. Gemensamt lärande	Ledningen gör upp strukturer för gemensamma möten och skolningar.
	Nära lokalisering.	Den fysiska miljön ger en fin synergieffekt på det goda multiprofessionella samarbetet genom att den möjliggör vardagliga möten och naturlig interaktion.	Organisationens ledning kan påverka samlokalisering och/eller hur utrymmen utformas.
Gruppenivå	Mer "fältarbete" och möjlighet att göra hembesök. Pararbete över sektorsgränserna mellan psykiatrins poliklinik och intensifierat familjearbete.	Parallellt arbete undviks. Klienten/ familjen behöver inte springa till många olika instanser. Kompletterade av varandras kunskap ger bättre insatser.	Arbetsmetoden etableras/godkänns av ledningen. Arbetsteamet och yrkespersonerna ansvarar för att modellen förverkligas.
	Regelbundna, fysiska möten mellan de olika teamen.	En samarbetande kultur bildas inom och mellan teamen. Man får en ökad kunskap om varandras kunnande --> ökad respekt och samhörighet.	Mellanchefer såsom avdelningsskötare eller ledande handledare etablerar kutymen. Varje teammedlem ansvarar över att det förverkligas då man har gemensamma klienter/familjer.
	Roll- och ansvarsfördelning mellan yrkespersoner inom de olika teamen.	Ökad respekt och tillit. Undvikande av missförstånd och "revirövertramp". Ökad medvetenhet om och trygghet i den egna rollen.	De olika arbetsgrupperna eller arbetsteamet i respektive organisation.
	De olika arbetsgruppernas mer "inofficiella" besök hos varandra.	Ökad samhörighet och samsyn, ökad kunskap och förståelse för varandras arbete.	De olika arbetsgrupperna eller -teament i respektive organisation.

Nivåer	Åtgärder	Potentiellt resultat	Utförare/berörda parter
Professionell nivå/Individnivå	Regelbundna möten. Gemensamma utvecklingsdagar och skolningar.	Ökat gemensamt beslutsfattande, ökad informationsdelning och kommunikation. Personlig bekantskap mellan yrkespersonerna leder även till: ökad förståelse, ökat förtroende mellan yrkespersonerna, högre engagemang, lägre tröskel för kontakt.	Ledningen gör upp strukturer för större gemensamma utvecklingsdagar och skolningar. De professionella inom de olika arbetsgrupperna kan själv ta initiativ till mer vardagliga samarbetsmöten.
	Ibruktage av att yrkespersonernas kontaktuppgifter delas mellan sektorerna.	Mer välfungerande kommunikations-kanaler. Ökad känsla av att.	Ledningen etablerar kutymen. Ansvarspersoner delar ut kontaktuppgifterna via e-post.
	Positiv attityd för MPS och personligt engagemang.	Engagemang smittar av sig på andra yrkespersoner och hjälper till att skapa en kultur av samarbete.	Åtgärder som på olika nivåer har tagit i bruk motiverar individerna. Personligt engagemang beror även på individernas egna attityder.
Alla nivåer	Kommunikation: Öppen dialog, ödmjukhet, tolerans gentemot andra synvinklar och arbetssätt, aktivt lyssnande, värdesättande av den andres kunskande, prata gott om varandra, ömsesidigt informationsbyte.	Ökad respekt mellan de olika teamen och yrkespersonerna.	Alla arbetsteam och ledarskapsteam inom de olika sektorerna som samarbetar.

Tabell 2. Sammanfattning av åtgärder som kan främja multiprofessionellt samarbete eller minska barriärernas inverkan.

## 8. Diskussion

I detta kapitel görs först en metoddiskussion där studien granskas i sin helhet och där dess styrkor och svagheter framkommer. Under detta avsnitt föreslås även idéer för fortsatt forskning samt hur man kunde utnyttja benchmarkingstudiens resultat för kvalitetskontroll och kvalitetssäkring. Därefter tolkas resultaten utgående från bakgrunden, den teoretiska referensramen och tidigare forskning. Slutligen görs en kort summering och slutledning.

### 8.1 Metoddiskussion

I denna studie har forskaren konstaterat att klientcentrering och -delaktighet är en viktig faktor i det multiprofessionella samarbetet (MPS). En svaghet med studien är därför att den enbart synliggör de professionellas erfarenheter av MPS. Detta var däremot en

avsiktlig avgränsning från forskarens sida, för att inte få ett alltför stort och svårhanterligt material. Materialet var redan i sig ganska omfattande, i och med att olika professioner och organisationer inbegreps i studien. Kommande forskning kunde därmed undersöka tjänsteanvändares erfarenheter av MPS, hur samverkan påverkar deras delaktighet och huruvida ett välfungerande/bristfälligt samarbete påverkar kvaliteten på tjänsterna. Denna studies resultat lyfter starkt fram ledningens inverkan på MPS, det skulle därför även vara intressant att i fortsatt forskning synliggöra ledningens perspektiv på MPS och hur man anser sig kunna påverka en god utveckling av MPS.

Med tanke på att det är frågan om en benchmarkingundersökning och att man i samband med denna undersökning tar del av redskap för att kunna utveckla det multiprofessionella samarbetet mellan barnskydd, psykiatri och skola, kunde nästa steg vara att mäta om utvecklandet av detta samarbete leder till högre servicekvalitet. Vasa stad ingår i SHQS-programmet (Social and Health Quality Service-program) inom vilket man skall sätta upp och satsa på några kvalitetsmål i en tidsmässig cykel på 1,5–2 år. Om man sätter in MPS som ett kvalitetsmål ingår det även i kvalitetshanteringsplanen.

Kvalitetsaspekter måste kunna mätas för att vi skall veta om våra åtgärder verkligen ökar kvaliteten eller inte. För att få till stånd systemövergripande förbättringar behövs omfattande utvärderingssystem och resultatmätning (McCabe 2012, 1386). Man behöver alltså mäta kvalitetsökningen, undersöka om den goda praxis, de arbetssätt för samarbete som benchmarkingen kom fram till faktiskt ökar kvaliteten i den egna verksamheten.

Som nästa steg efter denna benchmarkingundersökning skulle det vara värdefullt att mäta om ökat samarbete ökar servicekvaliteten enligt Vedungs (2002, 128–129) brukarorienterade utvärdering. Enligt denna utvärderingsmodell kan man mäta kvalitetsökningen genom brukarnas bedömning av en insats. Detta kunde göras genom ett frågeformulär till klienterna innan den multiprofessionella samarbetsmodellen prövas och ett halvt år efter att modellen varit i bruk. Brukarmodeller använder tjänsteanvändarnas förväntningar eller behov som bedömningskriterium (Vedung 2002, 128). Barnet, den unga och/eller föräldrarna får sin röst hörd genom att resultaten skulle mätas med hjälp av denna brukarorienterade utvärderingsmodell.

## 8.2 Resultatdiskussion och slutledning

Syftet med detta examensarbete var att resultaten skulle ge värdefull information för att kunna utveckla multiprofessionellt samarbete mellan barnskyddets familjearbete och dess angränsande aktörer: psykiatri och skola. Både inom tidigare forskning och i samband med examensarbetets empiriska undersökning hittades främjande och hindrande faktorerna för multiprofessionellt samarbete. I många avseenden stöder även tidigare forskning och denna empiriska undersökning varandra.

Multiprofessionellt samarbete handlar i mångt och mycket om relationer, det vill säga relationer mellan olika organisationer som skall samarbeta, men även relationer mellan de olika arbetsteamerna och de olika yrkespersonerna inom teamen. Liksom alla relationer, behöver dessa förhållanden vårdas, utvecklas och ses över, för att de skall vara fruktbara. I det empiriska resultatet fås en överblick över vilka element och vilka faktorer som hindrar eller främjar vårdandet och utvecklandet av dessa relationer mellan organisationer, arbetsteam och professionella. Relationerna mellan dessa nivåer har satts i en teoretisk referensram i form av en systemteoretisk modell (kap. 4.1.3, s. 16), likaså har det empiriska resultatet åskådliggjorts genom denna modell (kap. 7.3, s. 70). Utöver hindrande och främjande faktorer konkretiseras även resultatet i tabell 2 (kap. 7.5.4, s. 78–79) genom en presentation av vilka åtgärder som kan stärka de främjande faktorerna och minska de hindrande faktorerna. De konkreta åtgärderna som lyfts fram i tabell 2 handlar i det stora hela om implementering av nya arbetsmodeller och arbetsverktyg samt förverkligande av fysiska möten mellan aktörerna inom de olika sektorerna.

Resultatet av de centrala faktorerna för ett lyckat MPS är följande: **På individnivå** handlar det om personlig bekantskap mellan yrkespersonerna. Dessutom handlar det om personligt engagemang och motivation för samverkan, vilka påverkas av individens personliga karaktärsdrag men även av att arbetet känns värdefullt och att faktorerna på övriga nivåer är etablerade. **På professionell nivå** påverkas samarbetet av egen rollmedvetenhet, trygghet i den egna professionen och kunskap om andras yrkesroller, arbetsmetoder och expertis. Dessutom påverkas samarbetet även av graden av autonomi, alltså balansen mellan möjlighet till professionell självbestämmanderätt/flexibilitet och förutbestämda, gemensamma riktlinjer för samarbetet. **På gruppnivå** visar studiens resultat att roll- och ansvarsfördelning är centralt för ett fungerande samarbete, likaså en kultur av samarbete, samhörighet och ömsesidig respekt. **På organisatorisk nivå** har i resultatredovisningen

lyfts fram sådana faktorer som man på organisations- och ledningsnivå kan påverka. Dessa faktorer innebär att man gör upp gemensamma strategier och riktlinjer som möjliggör MPS, man planerar utformningen av en gemensam serviceplan/klientplan mellan organisationer och man ser till att den fysiska miljön är ändamålsenlig för samarbete över sektorsgränser samt att man har en samarbetsorienterad ledning och personalpolitik. Slutligen behövs **på samhällslevelig nivå** samordnade politiska strategier och lagstiftning som stödjer multiprofessionellt samarbete. Den faktor som är central i alla fyra nivåer av samarbete är kommunikation. Något som också behövs på alla fyra nivåer är fysiska möten.

Förutom centrala faktorer för samarbete, skönjdes i den empiriska undersökningens intervjuvar särskiljande mönster bland de intervjuade sektorerna. Inom barnskyddet ansåg intervjupersonerna att det vore viktigt med mer flexibla och fältorienterade arbetssätt inom skola och psykiatri. Inom barnskyddets familjearbete märkte man även av status- och maktskillnader mellan professioner och handledartiteln upplevdes vara relativt lågt värdesatt. Ändå lyfte majoriteten av övriga aktörer fram att det intensifierade familjearbetet var en värdefull och aktiv samarbetspartner, med vilka samarbetet upplevdes fungera bra.

På psykiatrins sida upplevde man att revirfrågor inte var helt friktionsfria i förhållande till barnskyddet. Dessa "revirövertramp" kan bland annat tänkas bero på att psykiatri och barnskyddet har en så stark kontaktyta, men att aktörerna ändå har så olika referensram i hur de arbetar. Man kunde tänka sig att ju bättre roll- och ansvarsfördelning samt kommunikation som skulle finnas mellan dessa två sektorer, desto mindre missförstånd och "revirövertramp". Inom psykiatri lyfte man även fram en önskan om att skolans och barnskyddets personal skulle få mer kunskap och skolning i psykiska tillstånd och företeelser samt hur man arbetar inom psykiatri. Den särskiljande aspekt som framkom bland skolans personal var en önskan om mer ömsesidig informationsdelning, eftersom man upplevde sig utelämnad från psykiatrins och barnskyddets informationsdelning. Sammanfattningsvis kan man konstatera att för att få samarbetet att fungera, vore det betydelsefullt att vara medveten om och ta i beaktan de uppfattningar som särpräglar de olika sektorerna. Denna medvetenhet kunde nämligen öka den ömsesidiga förståelsen mellan sektorerna.



Det har under forskningsprocessens gång framkommit hur värdefullt ett välfungerande multiprofessionellt samarbete är, både för personal och tjänsteanvändare. Kommunikation är en av de viktigaste nyckelfaktorerna för ett lyckat MPS, men för att god kommunikation skall äga rum förutsätts mänskliga möten. Det är genom dessa fysiska möten som bekantskap och personlig kontakt skapas. De fysiska mötena inom och mellan teamen är även arenan för kommunikation, där kommunikationen behöver bestå av öppen dialog, ödmjukhet, tolerans gentemot andra synvinklar och arbetssätt, aktivt lyssnande, värdesättande av andras kunskande samt ömsesidigt informationsbyte.

Man dra slutsatsen att fysiska möten mellan yrkespersoner, arbetsteam och organisationers ledningar är centralt för att uppnå kommunikation, samsyn, samhörighet, respekt, gemensamma målsättningar och riktlinjer samt jämna ut status- och maktskillnader. Fysiska möten skapar relationer. Kommunikation och relation inom och mellan alla nivåer, från organisationsnivå ner till individnivå, är i sin tur det som får samarbetet att spira och växa till något mycket värdefullt.

*“Själva kan vi göra så lite, tillsammans kan vi göra så mycket.” – Helen Keller*

## Litteraturförteckning

- Alatalo, M., Lappi, K. & Petrelius P., 2017. *Lapsikeskeinen suojelu ja perheen toimijuuden tukeminen lastensuojelun perhetyössä ja perhekuntoutuksessa: Kohti monitoimijaista, yhteistä perhetyötä*. THL Työpaperi 21/2017. Helsingfors: THL. [Online] <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-859-3> [hämtat: 4.4.2018].
- Alvesson, M. & Skoldberg, K., 2008. *Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Apotti, u.å. *Apotti som projekt*. [Online] <https://www.apotti.fi/sv/apotti-som-projekt/> [hämtat 10.3.2019].
- Bengtsson, M., 2016. How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *NursingPlus Open*. (2). 8-14.
- Bhat, K.S., 2010. *Total Quality Management*. Global Media.
- Brann, P., Walter, G. & Coombs, T., 2011. Benchmarking child and adolescent mental health organizations. *Australian Psychiatry*, 19(2), s. 125-132.
- Bryman, A., 2016. *Social research methods*. (5. uppl.) Oxford: Oxford University Press.
- Centrum för klinisk utbildning vid KI, u.å. *Ordlista*. [Online] <http://www.cku-sthlm.se/interprofessionell-utbildning-interprofessional-education-ipe/ordlista/> [hämtat: 3.5.2018].
- Crawford, K., 2012. *Interprofessional Collaboration in Social Work Practice*. London: SAGE Publications Ltd.
- Denscombe, M., 2009. *Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. (2 uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Edin, U., Gunnarsdotter, A., Tegnevik, T., Broqvist, M. (red.), 2011. *Att prioritera i team i tvärprofessionell verksamhet: ett exempel från habiliteringen*. Prioriteringscentrum 6/2011. [Online] <http://liu.diva-portal.org/smash/get/diva2:759768/FULLTEXT01.pdf> [hämtat 5.9.2018].
- Enright, S. M. 2015. Lean back, listen, and own up. (HARVEY A.K. WHITNEY LECTURE). *American Journal of Health-System Pharmacy*, 72(16), s. 1393-1402.
- Espoon kaupunki, u.å. *Väestörakenne*. [Online] [https://www.espoo.fi/fi-FI/Espoon\\_kaupunki/Tietoa\\_Espoosta/Tilastot\\_ja\\_tutkimukset/Vaesto\\_ja\\_vaestonmuutokset/Vaestorakenne\(340\)](https://www.espoo.fi/fi-FI/Espoon_kaupunki/Tietoa_Espoosta/Tilastot_ja_tutkimukset/Vaesto_ja_vaestonmuutokset/Vaestorakenne(340)) [hämtat 2.4.2018]
- Forskningsetiska delegationen, 2012. *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland*. Forskningsetiska delegationens anvisningar 2012. [Online] [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf) [hämtat 18.12.2018].
- Hanhinen, S. & Hyvärinen, S. *Lastensuojelu sotessa – selvitys sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen perusteista ja vaikutuksista lastensuojeluun*. 2017. Lastensuojelun

keskusliitto: Helsinki. [Online] [https://www.lskl.fi/materiaali/lastensuojelun-keskusliitto/LSKL\\_sote\\_julk\\_0351\\_LR.pdf](https://www.lskl.fi/materiaali/lastensuojelun-keskusliitto/LSKL_sote_julk_0351_LR.pdf) [hämtat: 5.11.2018].

Helminen, J., 2017. Yhdessä tekeminen monialaisuuden ja moniammatillisuuden syventäjänä. Teoksessa: Helminen, J., toim. *Asiakkaan moniammatillinen ohjaus*. Helsinki: Edita.

Henricson, M., 2017. *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Hesjedal E., Hilde Hetland H. & Iversen A.C., 2015. Interprofessional collaboration: self-reported successful collaboration by teachers and social workers in multidisciplinary teams. *Child & Family Social Work*, 20(4), s.437-445.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 1988. *Teemahaastattelu*. 4. p. Helsinki: Yliopistopaino.

Huovila, M. 2018. *LAPE ja sähköiset palvelut*. LAPE-päivät 23.4.2018. STM. [Online] <https://thl.fi/documents/605877/3148448/s%C3%A4hk%C3%B6iset+palvelut+Mikko+Huovila.pdf/d71490ec-4501-4b66-950e-ffe7e8f2d6f9> [hämtat: 10.11.2018].

Hyväri, S., 2017. Asiakslähtöisyyden periaatteet ja toteutuminen sosiaali- ja terveystalveissa. Teoksessa: Helminen, J., toim. *Asiakkaan moniammatillinen ohjaus*. Helsinki: Edita.

Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R., 2008. *Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J., 2014. *Hur moderna organisationer fungerar*. (4. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Jones, A. & Jones, D., 2011. Improving teamwork, trust and safety: An ethnographic study of an interprofessional initiative. *Journal of Interprofessional Care*, 25, s.175-181.

Jünger, S., Pestinger, M., Elsner, F., Krumm, N. & Radbruch, L., 2007. Criteria for successful multiprofessional cooperation in palliative care teams. *Palliative Medicine*, 21, s. 347–354.

Kiuru, K-E. & Metteri A., 2014. Lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteisasiakkuus potilaskertomusaineistossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakausilehti*, 51, s. 146–160.

Kujala, E., 2003. *Asiakslähtöinen laadunhallinnan malli – Tilastolliseen prosessin ohjaukseen perustuva sovellus terveyskeskukseen*. Tampere: Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. [Online] <http://urn.fi/urn:isbn:951-44-5605-X> [hämtat 18.10.2018].

Kvale, S. & Brinkmann, S., 2009. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Laakkonen, A. 2004. *Hoitohenkilöstön ammatillinen kasvu hoitokulttuurissa*. Akateeminen väitöskirja. Tampereen Yliopisto: kasvatustieteiden laitos.

Lahtinen, P., Männistö, L. & Raivio, M., 2017. *Kohti suomalaista systeemiä lastensuojelun toimintamallia: Keskeisiä periaatteita ja reunaehtoja*. THL Työpäperi

- 7/2017. Helsingfors: THL. [Online] <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-827-2> [hämtat: 4.4.2018].
- McCabe, B., 2012. Design and Implementation of an Integrated, Continuous Evaluation, and Quality Improvement System for a State-Based Home-Visiting Program. *Maternal and Child Health Journal*, 16(7). s. 1385–1400.
- McNeil, K.A., Mitchell, R.J. & Parker, V., 2013. Interprofessional practice and professional identity threat. *Health Sociology Review*, 22(3), s. 291–307.
- Modig, N., 2012. *Detta är lean: Lösningen på effektivitetsparadoxen* (2. uppl.). Stockholm: Stockholm School of Economics (SSE) Institute for Research.
- Möttönen, S. & Kettunen, P., 2014. Sosiaalipalvelut kuntien hallinto- ja palvelurakenteiden murroksessa. Teoksessa: R. Haverinen, M. Kuronen & Pösö, T., toim. *Sosiaalihuollon tila ja tulevaisuus*. Vantaa: Hansaprint Oy.
- Nordström, E., Josephson, I., Hedberg, B. & Kjellström, S., 2016. Agenda för samverkan eller verksamhetens agenda? Om professionellas erfarenheter av samverkan enligt samordnad individuell plan (SIP). *Socialvetenskaplig tidskrift*, (1), s. 1–22.
- Payne, M., 2013. *Modern teoribildning i socialt arbete*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Statens revisionsverk, 2012. *Tuloksellisuustarkastuskertomus – Lastensuojelu*. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset 6/2012. [Online] [http://www.e-julkaisu.fi/vtv/lastensuojelu/pdf/6\\_2012\\_lastensuojelu\\_netti.pdf](http://www.e-julkaisu.fi/vtv/lastensuojelu/pdf/6_2012_lastensuojelu_netti.pdf) [hämtat: 7.11.2018].
- Statsrådet. (u.å.) *Landskaps- och vårdreformen*. [Online] <http://alueuudistus.fi/sv> [hämtat 5.11.2018].
- STM, Social- och hälsovårdsministeriet, 2018a. *För barn, unga och familjer lämpligt stöd vid rätt tidpunkt*. Broschyr. [Online] [https://stm.fi/documents/1271139/4919814/Lape\\_esite\\_2018\\_taitto\\_ruotsi.pdf/f3c1135d-9c58-4638-bac2-de2b80191fc0/Lape\\_esite\\_2018\\_taitto\\_ruotsi.pdf.pdf](https://stm.fi/documents/1271139/4919814/Lape_esite_2018_taitto_ruotsi.pdf/f3c1135d-9c58-4638-bac2-de2b80191fc0/Lape_esite_2018_taitto_ruotsi.pdf.pdf) [hämtat: 2.11.2018].
- STM, 2018b. Hanke-esittely kuvana. [Online] [https://stm.fi/documents/1271139/3208911/LAPE\\_hanke\\_esittely\\_2018\\_palloesite/b32ade58-7eb8-4d4a-8a31-2b5239563e85/LAPE\\_hanke\\_esittely\\_2018\\_palloesite.pdf](https://stm.fi/documents/1271139/3208911/LAPE_hanke_esittely_2018_palloesite/b32ade58-7eb8-4d4a-8a31-2b5239563e85/LAPE_hanke_esittely_2018_palloesite.pdf) [hämtat: 2.11.2018].
- STM, 2018c. *Lapsen paras – yhdessä enemmän. Pääkaupunkiseudun Lape-loppuraportti*. [Online] [http://www.socca.fi/files/7780/Lapsen\\_paras\\_-\\_yhdessa\\_enemman\\_Paakaupunkiseudun\\_Lape\\_-\\_loppuraportti.pdf](http://www.socca.fi/files/7780/Lapsen_paras_-_yhdessa_enemman_Paakaupunkiseudun_Lape_-_loppuraportti.pdf) [hämtat: 9.4.2019].
- STM & Kuntaliitto, 2014. *Lastensuojelun laatusuositus*. 2014 (4). [Online] <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3488-7> [hämtat: 2.11.2018].
- STM, u.å. *I riktning mot barn- och familjeorienterade tjänster*. Broschyr för LAPE-programmet. Social- och hälsovårdsministeriet. [Online] [http://stm.fi/documents/1271139/3208911/LAPE-esite-verkko\\_SVE\\_web.pdf/b4d7d398-4a70-424e-89ce-9e7c112ccf8f](http://stm.fi/documents/1271139/3208911/LAPE-esite-verkko_SVE_web.pdf/b4d7d398-4a70-424e-89ce-9e7c112ccf8f) [hämtat: 05.11.2018].

- Stoor, T., Backman, A. & Lindholm, J., 2017. *LAPE-programmet ur ett språkperspektiv – en kartläggning och konsekvensbedömning av service på svenska för barn och familjer*. Helsingfors: Ab Det finlandssvenska kompetenscentret inom det sociala området.
- Suter, E., Arndt, J., Arthur, N., Parboosingh, J., Taylor, E. & Deutschlander S., 2009. Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care*, 23(1), s. 41–51.
- THL, 2018a. *Tilastoraportti – lastensuojelu 2017*. 17/2018. Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin tutkimuskeskus, Institutet för hälsa och välfärd. [Online] [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136409/Tr17\\_18\\_LASU.pdf?sequence=5&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136409/Tr17_18_LASU.pdf?sequence=5&isAllowed=y) [hämtat: 10.11.2018].
- THL, 2018b. *Lastensuojelun, lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatrian yhteiset asiakkaat – yhteinen vastuu*. Päätöksen tueksi (50), THL. [Online] [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137068/THL\\_PT\\_50\\_2018\\_verkkoon.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137068/THL_PT_50_2018_verkkoon.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [hämtat: 13.11.2018].
- THL, 2017. *Erytys- ja vaativan tason palvelujen työpajaprosessin raportit : Osana Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelmaa*. Helsingfors: THL Työpöytäraportti 26/2017. [Online] <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-874-6> [hämtat: 4.4.2018].
- Thylefors, I., 2013. *Babels Torn - Om tvärprofessionellt teamsamarbete*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Trost, J., 2010. *Kvalitativa intervjuer*. (4. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Timonen-Kallio, E., Hämäläinen, J. & Laukkanen E., 2017. Interprofessional Collaboration in Finnish Residential Child Care: Challenges in Incorporating and Sharing Expertise Between the Child Protection and Health Care Systems. *Child Care in Practice*, 23(4), s.389-403.
- Timonen-Kallio, E. & Pelander T., 2012. *Lastensuojelun ja psykiatrian rajapinnoilla*. Turku: Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja. [Online] <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522162670.pdf> [hämtat: 8.4.2018].
- Vasa stad, u.å. *Befolkning och flyttningsrörelse*. [Online] <https://www.vaasa.fi/sv/statistik-om-vasa-och-vasaregionen/befolkning-och-flyttningsrorelse> [hämtat 2.4.2018].
- Vedung, E., 2002. Utvärderingsmodeller. *Socialvetenskaplig tidskrift*. 9(2–3), 118–143.
- Vuorinen, T., 2013. *Strategiakirja: 20 työkalua*. Helsinki: Talentum. [Online] [su.diva-portal.org/smash/get/diva2:699307/FULLTEXT01.pdf](http://su.diva-portal.org/smash/get/diva2:699307/FULLTEXT01.pdf) [hämtat: 28.9.2018].
- Whittington, C., 2003. A Model of Collaboration. i: Weinstein, J., Whittington, C. & Leiba, T. *Collaboration in Social Work Practice*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- WHO, 2016. *COMPENDIUM OF CASE STUDIES: Partnerships for the health and well-being of our young and future generations: WORKING TOGETHER FOR BETTER HEALTH AND WELL-BEING: Promoting Intersectoral and Interagency Action for Health and Well-being in the WHO European Region*. [Online] [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0011/324947/Compendium-case-studies.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0011/324947/Compendium-case-studies.pdf) [hämtat: 15.10.2018].

WHO, 2013. Interprofessional Collaborative Practice in Primary Health Care: Nursing and Midwifery Perspectives: Six case studies. *Human Resources for Health Observer*, 13. [Online] [http://www.who.int/hrh/resources/IPE\\_SixCaseStudies.pdf?ua=1](http://www.who.int/hrh/resources/IPE_SixCaseStudies.pdf?ua=1) [hämtat: 15.10.2018].

WHO, 2010. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. *Health Professions Networks Nursing & Midwifery Human Resources for Health*. [Online] [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO\\_HRH\\_HPN\\_10.3\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf?sequence=1) [hämtat: 15.10.2018].

Widerberg, K., 2002. *Kvalitativ forskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.

Williams, P. M., 2012. Integration of health and social care: a case of learning and knowledge management. *Health and Social Care in the community* 20(5), s. 550-560.

Öquist, O., 2003. *Systemteori i praktiken*. Stockholm: Gothia.

## **Finlands författningssamling**

Barnskyddslag 13.4.2007/417. [Online] [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi) [hämtat: 4.4.2018].

Dataskyddslag 5.12.2018/1050. [Online] [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi) [hämtat: 8.4.2019].

Hälso- och sjukvårdslagen 30.12.2010/1326. [Online] [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi) [hämtat: 1.11.2018].

Socialvårdslag 30.12.2014/1301. [Online] [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi) [hämtat: 4.4.2018].

Examensarbetets namn: Mot multiprofessionellt, gemensamt familjearbete – faktorer som främjar samverkan mellan barnskydd, psykiatri och skola

Examinand: Mari-Anette Rönnlund  
Esbo 9.10.2018

### **Bästa mottagare!**

Jag ämnar avlägga högre yrkeshögskoleexamen vid Yrkeshögskolan Novia och skriver nu mitt examensarbete. I grunden är jag socionom (YH) och jag arbetar inom intensifierat familjearbete på Vasa stads barnskydd. För tillfället är jag studieledig från mitt arbete och bor i Esbo. I mitt arbete inom barnskyddet har jag upplevt vikten av att arbeta multiprofessionellt och mitt examensarbete handlar därför om detta.

Syftet med examensarbetet är att hitta de faktorer som medverkar till att multiprofessionellt samarbete lyckas. Undersökningen är en benchmarkingstudie, vars syfte är att identifiera god praxis för att utveckla det multiprofessionella samarbetet. Undersökningen är kvalitativ och inriktar sig på samarbetet mellan barnskydd, psykiatri och skola. Undersökningen utgår ifrån de professionellas perspektiv på vilka de främjande faktorerna är. För att ta del av professionellas upplevelser från alla tre organisationer, intervjuas professionella från både, skola, psykiatri och barnskydd. Professionellas upplevelser av det multiprofessionella samarbetet är mycket värdefulla, jag hoppas därför att just Du vill delta i denna undersökning.

Intervjuerna är semistrukturerade temaintervjuer där vi diskuterar kring olika teman som berör samverkan. Intervjuerna genomförs som individuella intervjuer och intervjumaterialet bandas in p.g.a. materialets omfattning. Resultatet av intervjuerna redovisas i examensarbetet. Intervjuerna kommer att äga rum under januari och februari 2019. Intervjun kan genomföras antingen på finska eller svenska. Deltagandet i intervjun är frivilligt och den intervjuade kan avbryta intervjun när som helst utan att ange någon orsak.

Multiprofessionellt samarbete är ett mycket aktuellt och, enligt min mening, intressant ämne. Ett lyckat multiprofessionellt samarbete förenar olika aktörers kunskap och kompetens, vilket ger mervärde, hjälper till att undvika dubbelt arbete och gör tjänsterna familje- eller barncentrerade. Jag anser att deltagandet i denna undersökning kan vara till nytta och bidra med något nytt vad gäller både arbetsverksamheten och den enskilda yrkesmänniskan. Din åsikt och dina upplevelser är viktiga, eftersom du i ditt arbete har erfarenhet av multiprofessionellt samarbete.

Om du har frågor angående examensarbetet, kan du när som helst ta kontakt med mig för mer information.

Tack för din tid och tack på förhand för deltagande i min forskning!

Med vänlig hälsning,

Mari-Anette Rönnlund  
[mari.ronnlund@edu.novia.fi](mailto:mari.ronnlund@edu.novia.fi)

Opinnäytetyön nimi: Kohti moniammatillista yhteistä perhetyötä – lastensuojelun, psykiatrian ja koulun yhteistyötä edistävät tekijät

Opinnäytetyön tekijä: Mari-Anette Rönnlund  
Espoo 9.10.2018

### **Hyvä vastaanottaja!**

Suuritan ylempää ammattikorkeakoulututkintoa Novian ammattikorkeakoulussa ja kirjoitan tällä hetkellä opinnäytetyöni. Koulutustaustaltani olen sosionomi (AMK) ja vakituinen työpaikkani on Vaasan kaupungin lastensuojelussa tehostetussa perhetyössä. Tällä hetkellä olen opintovapaalla ja asun Espoossa. Omassa työssäni lastensuojelussa olen kokenut moniammatillisen yhteistyön merkityksen ja tästä johtuen opinnäytetyöni teemana on moniammatillinen yhteistyö.

Opinnäytetyön tavoitteena on löytää tekijöitä, jotka edistävät moniammatillisen yhteistyön onnistumista. Tutkimus on esikuva-analyysi (benchmarking). Tutkimuksen tavoitteena on tunnistaa moniammatillisen yhteistyön hyvät käytännöt, moniammatillisen yhteistyön kehittämiseksi. Tutkimus on lastensuojelun, koulun ja psykiatrian yhteistyöhön suunnattu laadullinen tutkimus. Tutkimus perustuu ammatilliseen näkökulmaan. Jotta kaikkien kolmen organisaatioiden ammattiryhmät tulisivat kuulluksi, haastattelen ammatti-ihmisiä sekä koulun, psykiatrian, että lastensuojelun puolelta. Työntekijöiden kokemukset moniammatillisesta yhteistyöstä ovat todella arvokkaat ja tämän takia toivoisin, että juuri Sinä osallistuisit tähän tutkimukseen.

Haastattelut ovat puolistrukturoituja teemahaastatteluja (joissa jutellaan yhteistyöhön liittyviin teemoihin). Haastattelut suoritetaan yksilöhaastatteluina ja äänitetään aineiston laajuudesta johtuen. Haastatteluiden tulokset raportoidaan opinnäytetyössä. Haastattelut toteutetaan tammi- ja helmikuun 2019 aikana. Haastattelu voidaan järjestää joko suomeksi tai ruotsiksi. Kerätty materiaali käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja haastattelun voi keskeyttää milloin tahansa ilman perusteluja.

Moniammatillinen yhteistyö on erittäin ajankohtainen ja mielestäni mielenkiintoinen aihe. Onnistunut moniammatillinen yhteistyö yhdistää eri toimijoiden tietoa ja taitoa, mikä antaa lisäarvoa, auttaa välttämään työn päällekkäisyyksiä ja tekee palvelut perhe- ja lapsikeskeisemmiksi. Näen, että tutkimukseeni osallistumisesta voisi olla hyötyä ja toisi jotakin uutta sekä työn toiminnalle että yksittäisille työntekijöille. Koska Sinulla on työssäsi kokemusta moniammatillisesta yhteistyöstä, Sinun mielipiteesi on tärkeä.

Mikäli sinulla herää kysyttävää opinnäytetyöhön liittyen, voit missä vaiheessa tahansa ottaa yhteyttä lisätietojen merkeissä.

Kiitos ajastanne, ja kiitos jo etukäteen osallistumisestanne tutkimukseeni!

Ystävällisin terveisin,

Mari-Anette Rönnlund  
[mari.ronnlund@edu.novia.fi](mailto:mari.ronnlund@edu.novia.fi)



## Samtyckesblankett

Jag ger mitt samtycke till att Yrkehögskolan Novias högre YH-studerande Mari-Anette Rönnlund intervjuar mig och bandar intervjun. Hon har rätt att använda materialet i sitt högre YH examensarbete. Syftet med examensarbetet är att hitta de faktorer som medverkar till att multiprofessionellt samarbete lyckas. De professionellas upplevelser av det multiprofessionella samarbetet är centralt.

Med anledning av materialets omfattning spelas intervjun in på ljudband. Det inbandade materialet transkriberas och analyseras. På ljudbanden framkommer inte den intervjuades identitet, enbart yrkestitel och huruvida personen arbetar inom psykiatrin, barnskyddet eller inom bildningen. Vid bearbetning av intervjumaterialet raderas även all identifierbar information såsom arbetsplatsers namn. Forskningsmaterialet förvaras säkert, i låst skåp eller lösenordskyddat. När undersökningen är klar kommer både skriftligt och elektroniskt material samt ljudinspelningen att förstöras korrekt. Publiceringen av forskningsresultaten görs så att ingen enskild individ kan identifieras.

Den uppskattade längden på intervjun är ca. 30 min. Intervjun kan genomföras antingen på finska eller svenska. Deltagandet i intervjun är frivilligt. Du kan avbryta intervjun när som helst eller välja att inte svara på den fråga som ställs. Informationen du lämnar är strikt konfidentiell. Den information du ger kommer inte att användas till något annat syfte än detta examensarbete.

Jag ger mitt samtycke till att medverka i intervjun:

---

Ort och datum

## Samtycke över att delta i undersökningen

---

---

Underskrift och namnförtydligande

---

Födelsetid

Jag deltar i intervjun på:

Finska  Svenska

## Suostumuslomake

Annan suostumukseni siihen, että Novian ammattikorkeakoulun ylemmän AMK:n opiskelija Mari-Anette Rönnlund haastattelee minua ja nauhoittaa haastattelun. Hänellä on lupa käyttää aineistoa YAMK:n opinnäytetyössään. Opinnäytetyön tavoitteena on löytää tekijöitä, jotka edistävät moniammatillisen yhteistyön onnistumista. Avainasemassa tässä opinnäytetyössä ovat ammatti-ihmisten omat kokemukset moniammatillisesta yhteistyöstä.

Aineiston laajuudesta johtuen haastattelu nauhoitetaan ääninauhalle. Nauhoitettu aineisto käännetään tekstimuotoon ja analysoidaan. Nauhoitteista ei tule ilmi haastateltavien henkilöllisyys, ainoastaan työnimike ja mikäli henkilö työskentelee psykiatriassa, lastensuojelussa tai sivistystoimessa. Aineiston käsittelyssä poistetaan myös kaikki haastatteluissa esiintyvät tunnistetiedot, kuten esimerkiksi työpaikkojen nimet. Tutkimusmateriaali säilytetään tietoturvallisesti, paperinen materiaali lukitussa kaapissa ja sähköinen materiaali salasanan takana. Kun aineistoa ei enää tarvita, se tuhoetaan asianmukaisesti. Tutkimustulosten julkaisu tapahtuu siten, ettei ketään yksittäistä henkilöä voi niistä tunnistaa. Tutkimuksen valmistuttua haastattelun äänite hävitetään.

Haastattelun arvioitu kesto on noin 30 minuuttia. Haastattelu voidaan järjestää joko suomeksi tai ruotsiksi. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Voit keskeyttää haastattelun missä vaiheessa tahansa tai kieltäytyä vastaamasta sinulle esitettyyn kysymykseen. Antamasi tiedot ovat ehdottoman luottamuksellisia. Niitä ei käytetä muuhun, kuin tämän opinnäytetyön tekemiseen.

Suostun osallistumaan haastatteluun:

---

Paikka ja aika

## Samtycke över att delta i undersökningen

---

---

Allekirjoitus ja nimenselvennys

---

Syntymäaika

Haastattelukieli:

Suomi  Ruotsi

## Intervjumanual för semistrukturerad temaintervju

Intervjuare: Mari-Anette Rönnlund

### Inledande frågor

- Vilken organisation arbetar du inom (barnskydd/psykiatri/skola)?
- Vilken är din yrkesbenämning?
- Hur länge har du arbetat inom branschen?
- Vad betyder multiprofessionellt samarbete för dig?
- Vad önskar du att man skulle uppnå genom samarbete mellan barnskydd, skola och psykiatri?

### Teman på organisatorisk nivå

#### Administration och organisatoriska aspekter

- Vad är det som avgör hur multiprofessionellt samarbete (MPS) organiseras?
- Hur kan MPS stödjas på en administrativ eller organisatorisk nivå?
- Hur tänker du kring behovet av gemensamma strategier eller ramavtal för de olika organisationerna som samarbetar?
- Ser du något samband mellan hur nära samarbete är och hur fysiskt nära samarbetspartnern finns?
- Hur tänker du kring gemensam dokumentation? Kunde gemensam klient-/serviceplan påverka samarbetet?

#### Ledarskap

- Ett hurudant ledarskap stöder MPS?
- Vad önskar du av ledning/förmän då det gäller samarbete?

### Teman på gruppnivå

#### Familje- och klientdelaktighet

- Hur får man till stånd klientfokus istället för professionsfokus?
- Den ungas och familjens delaktighet och påverkansmöjlighet vid MPS?
- Har du upplevt att en ungdom eller familj fått bättre hjälp genom att de professionella samarbetat? På vilket sätt?
- Har ungdomar eller familjer gett positiva eller negativa synpunkter på samarbetet?

**Rollfördelning och ansvarsfördelning**

- Vilka saker avgör hur rollerna utformas?
- Vad tänker du kring roll- och ansvarsfördelning i samarbetet mellan barnskydd/skola/psykiatri?
  - Initiativtagare till MPS?
  - "Case manager"/koordineringsansvarig?
  - Beslutande av i vilka fall, i vilka skeden och hur ofta multiprofessionella team behöver samlas?
  - Medvetenhet över den egna rollen i MPS?

**Samhörighet och ömsesidig respekt**

- Vad skapar samhörighet, respekt och förtroende mellan de olika professionerna?
- Hur tänker du kring makt och status samt möjlighet att påverka? Är det jämlikt mellan de olika yrkesgrupperna?
- Hur kan de olika yrkesgrupperna bäst stödja varandra?

**Kommunikation**

- Vad anser du vara det viktigaste då det gäller kommunikation mellan professionella inom olika yrkesgrupper?
- Vilka aspekter är det som möjliggör en öppen och ärlig kommunikation över professionsgränserna?
- Hur tänker du kring:
  - Informationsbyte (lyssnande och framförande av egna synvinklar)?
  - Kommunikationskanaler?
  - Gemensamt beslutsfattande?
  - Gemensamma målsättningar?
  - Verksamhetskultur, normer och värderingar?
  - Språk och terminologi?
- Vad önskar du av de professionella samarbetsparterna för att samarbetet skulle fungera ännu bättre?

## **Tema på individnivå**

### **Personligt engagemang**

- Känner du dig engagerad i MPS?
- Vad skulle göra dig mer engagerad?
- Hurdana färdigheter och förmågor kräver samarbete av dig?
- För att samarbetet skulle fungera bättre, vad önskar du dig mer av på det individuella planet?

### **Summerande frågor**

- Vad anser du fungerar bäst i ert nuvarande multiprofessionella arbete?
- Hur skulle ett idealt multiprofessionellt samarbete se ut enligt dig?
- Kommer du på något som främjar eller hämmar samarbetet, som vi inte tagit upp ännu eller som du inte hade tänkt på tidigare?
- Övrigt att tillägga?

## **Puolistrukturoidun teemahaastattelun käsikirja**

Haastattelija: Mari-Anette Rönnlund

### **Alustavat kysymykset**

- Missä organisaatiossa työskentelet (lastensuojelu/koulu/psykiatria)?
- Tehtävänimikkeesi?
- Kuinka pitkään olet työskennellyt alalla?
- Mitä moniammatillinen yhteistyö merkitsee sinulle?
- Mitä saavutuksia odotat lastensuojelun, koulun ja psykiatrian välisestä yhteistyöstä?

### **Organisaatiotason teemat**

#### **Hallinnolliset ja organisatoriset näkökulmat**

- Mikä määrittää sen, kuinka moniammatillista yhteistyötä (MAY) organisoidaan?
- Miten MAY voidaan tukea hallinnollisella ja organisaatiotasolla?
- Mitä ajattelet yhteisten strategioiden ja kehysten tarpeesta eri yhteistyötahojen välillä?
- Näetkö yhteyttä läheisellä yhteistyöllä ja sillä kuinka lähellä toisiaan yhteistyökumppanit fyysisesti sijaitsevat?
- Mitä mieltä olet yhteisestä dokumentoinnista? Voisiko yhteinen dokumentointi vaikuttaa yhteistyöhön?

#### **Johtajuus**

- Minkälainen johtaminen tukee MAY:tä?
- Mitä toivot johdolta/esimiehiltä yhteistyön suhteen?

### **Ryhmätason teemat**

#### **Perhe- ja asiakasosallisuus**

- Miten saada aikaan asiakasosallisuus ammatillisuuskeskeisyyden sijaan?
- Nuoren ja perheen osallistuminen ja vaikuttamismahdollisuudet MAY:ssä?
- Oletko kokenut, että nuori tai perhe on saanut paremmin apua ammattilaisten yhteistyöstä? Millä tavalla?
- Onko nuorelta tai perheeltä tullut positiivista tai negatiivista palautetta yhteistyöhön liittyen?



### **Rooli- ja vastuunjako**

- Mitkä asiat määrittävät sen, kuinka roolit muodostuvat?
- Mitä ajattelet lastensuojelun/koulun/psykiatrian yhteistyön rooli- ja vastuunjaosta?
  - MAY:n aloitteentekijä?
  - "Case manager"/koordinaativastaava?
  - Päätäminen siitä koska, missä vaiheessa ja kuinka usein moniammatillisen tiimin tulee kokoontua?
  - Oman roolin tiedostaminen MAY:ssä?

### **Yhteenkuuluvuuden tunne ja molemminpuolinen kunnioitus**

- Mitkä seikat luovat yhteenkuuluvuutta, kunnioitusta ja luottamusta eri ammattikuntien välillä?
- Ajatuksiasi vallasta ja statuksesta sekä vaikutusmahdollisuuksista?
- Kuinka eri ammattiryhmät voivat parhaiten tukea toisiaan?

### **Vuorovaikutus**

- Mitkä ovat mielestäsi tärkeimmät asiat eri ammattiryhmissä toimivien ammattilaisten välisessä vuorovaikutuksessa?
- Mitkä asiat mahdollistavat ammattirajat ylittävän avoimen ja rehellisen vuorovaikutuksen?
- Mitä ajattelet:
  - Tiedonvaihdosta (kuunteleminen ja omien näkökulmien esittäminen)?
  - Vuorovaikutuskanavista?
  - Yhteisestä päätöksenteosta?
  - Yhteisistä päämääristä?
  - Toimintakulttuurista, normeista ja arvoista?
  - Kielestä ja terminologiasta?
- Mitä toivot ammatillisilta yhteistyökumppaneilta, jotta yhteistyö toimisi vielä paremmin?

### **Yksilötason teemat**

#### **Henkilökohtainen sitoutuminen**

- Koetko olevasi kiinnostunut MAY:stä?
- Mikä saisi sinut sitoutumaan yhteistyöhön vieläkin enemmän?
- Minkälaisia taitoja tai kykyjä yhteistyö vaatii sinulta?
- Toivomuksesi yksilötasolla paremman yhteistyön saavuttamiseksi?

**Yhteenvetona**

- Mikä toimii parhaiten nykyisessä moniammatillisessa yhteistyössänne?
- Miltä ihanteellinen moniammatillinen yhteistyö sinun mielestäsi näyttäisi?
- Tuleeko mieleesi jokin yhteistyötä edistävä tai jarruttava asia, jota emme vielä ole käsitelleet tai jota et aikaisemmin ole tullut ajatelleeksi?
- Muuta lisättävää?



**Vaasan kaupunki**  
**Vasa stad**  
Sosiaali- ja terveystoimi  
Sosiaalityö ja perhepalvelut

**Päätös – Beslut**  
**04.04.2019**  
§ / 0  
DocID: 633173

Viranhaltija - Tjänsteinnehavare  
Tulosaluejohtaja - Resultatområdesdirektör

Asianro - Ärendenr

Esittelijä - Föredragande Jussi Björninen

Asia – Ärende

### **Forskningstillstånd / Rönnlund Mari-Anette**

Esitys - Förslag

Mari-Anette Rönnlund som studerar Yrkeshögskolan Novia ansöker om forskningstillstånd för en undersökning .

Lärdomsprovet heter ”Mot multiprofessionellt, gemensamt familjearbete - faktorer som främjar samverkan mellan barnskydd, psykiatri och skola.

Syftet med examsarbetet är att hitta de faktorer som medverkar till att multiprofessionellt samarbete mellan barnskydd och dess angränsade organisationer, psykiatri, och skola, lyckas.

Forskningsfrågorna är följande: vilka är de faktorer som gör att multiprofessionellt samarbete lyckas? Hur skall man främja dessa faktorer? Vad är det som förhindrar multiprofessionellt samarbete? Hur kan man minska eller eliminera dessa hinder?

Studien är en benchmarkingstudie i det avseendet, att skribenten ämnar identifiera god praxis inom det multiprofessionella samarbetet genom att utföra kvalitativa intervjuer med yrkespersoner inom alla tre berörda sektorer i Esbo. Den sökande ansöker om att Vasa stadsnamn får förekomma i lärdomsprovet.

Päätös - Beslut

Forskningstillstånd beviljas på följande villkor:

1. Då forskningsarbete utförs följs den skyldighet till sekretess och tystnadsplikt som stiftas 3 kapitlet i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården.
2. Forskaren förbinder sig i behandlingen och skyddande av data till bestämmelserna i personuppgiftslagen och de eventuella forskningsregister som eventuellt uppstår i forskningen och som berör enskilda personers data förstörs eller arkiveras på det sätt som avses i personuppgiftslagen.
3. I forskningsrapporten finns inga personer som kan individualiseras från forskningen eller en person som hört till samplet.
4. Från samtyckeshandlingar som eventuellt behövs bör framgå ifrågavarande persons samtycke eller tillstånd till att använda data som berör denne, frivilligheten att delta i forskningen och personernas möjlighet att avbryta sitt deltagande i forskningen genast personen i fråga önskar detta.
5. Efter att forskningen färdigställts sänds forskningsrapporten till social- och hälsosektorn för dess användning.

Då lärdomsprovet färdigställts sänds det per e-post:  
hannaliina.uitto@vaasa.fi



**Vaasan kaupunki**  
**Vasa stad**  
Sosiaali- ja terveystoimi  
Sosiaalityö ja perhepalvelut

**Päätös – Beslut**  
**04.04.2019**  
§ / 0  
DocID: 633173

**Allekirjoitus –  
Underskrift**

Tulosaluejohtaja - Resultatombådesdirektör,  
Erkki Penttinen

**Tiedoksianto –  
För kännedom**

M-A Rönnlund, J. Björminen, H.Uitto, Soc.o.hvn

**Lisätietoja antaa –  
Tilläggsuppgifter ges av**

Erkki Penttinen tf. 06 - 325 2610

**Otteen oikeaksi todistaa  
Utdragets riktighet bestyrker**

#### **Oikaisuvaatimusohje - Anvisning för rättelseyrkande**

Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen alla mainitulle viranomaiselle 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon seitsemän (7) päivän kuluessa siitä kun päätös on asetettu nähtäville kaupungin internetsivuille. Asianosaisen katsotaan saaneen tiedon päätöksestä seitsemäntenä (7) päivänä kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksiantotodistukseen merkittyä aikana ja silloin kun päätös on annettu tiedoksi sähköisesti kolmantena (3) päivänä viestin lähettämisestä. Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteluineen ja se on tekijän allekirjoitettava. Den som är missnöjd med detta beslut kan inom 14 dagar från delfäendet av beslutet framställa ett skriftligt rättelseyrkande. En kommunmedlem anses ha fått del av ett beslut sju (7) dagar efter det att beslutet har lagts fram på stadens webbsidor. En part anses ha fått del av beslutet sju (7) dagar efter att brevet avsändes, vid den tidpunkt som framgår av mottagningsbeviset eller den tidpunkt som har antecknats i ett särskilt intyg om delfäende och i det fall att beslutet har delgivits elektroniskt den tredje (3) dagen efter att meddelandet avsändes. Av begäran om omprövning ska framgå yrkande med motiveringar och den ska undertecknas av den som begär omprövning.

#### **Viranomainen, jolle oikaisuvaatimus tehdään - Myndighet till vilken rättelseyrkande kan framställas**

Sosiaali- ja terveyslautakunta / Social- och hälsovårdsnämnden

Osoite:  
PL 3, Raastuvankatu 33A  
65101 VAASA  
spost: kirjaamo[at]vaasa.fi

Adress:  
PB 3, Rådhusgatan 33A  
65101 VASA  
epost: registraturen[at]vasa.fi

ESPOO  
ESBO

TUTKIMUSLUPA

1 (1)

**TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN**

Espoon kaupungin sosiaali- ja terveystoimen esikunta / Kehittämisen tulosalue Ketterä myöntää 9.10.2018 saapuneen tutkimuslupahakemuksen ja alla olevien ehtojen mukaisesti.

**Hakija / yhteyshenkilö: Mari-Anette Rönnlund**

**Tutkimuksen aihe / nimi: Multiprofessionellt, gemensamt familjearbete – faktorer som främjar samverkan mellan barnskydd, psykiatri och skola**

Edellytyksenä on, että tutkimuksen suorittaja tai suorittajat eivät käytä saamiaan tietoja asiakkaan tai potilaan tai hänen läheistensä vahingoksi eivätkä luovuta saamiaan henkilötietoja ulkopuolisille, vaan pitävät ne salassa.

Tutkimustulokset tulee esittää niin, ettei niistä voida tunnistaa yksittäistä henkilöä tai perhettä. Lisäksi on noudatettava henkilötietolaissa ja muualla lainsäädännössä olevia tutkimusrekistereitä koskevia säännöksiä.

Tutkimusluvan myöntäminen ei velvoita tutkimuksen kohteita osallistumaan tutkimukseen. Tutkijan on neuvoteltava aina erikseen tutkimuskohteena olevien organisaatioiden kanssa tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimuksen teko ei saa häiritä tutkimuskohteen toimintaa.

Edellytämme, että tutkija / yhteyshenkilö lähettää sosiaali- ja terveystoimen kehittämissyksikön sähköpostiosoitteeseen [sotet\\_tutkimusluvut@espoo.fi](mailto:sotet_tutkimusluvut@espoo.fi) lopullisen tutkimusraportin.

Espoossa 22.10.2018

Tuula Heinänen  
kehittämisjohtaja  
Sosiaali- ja terveystoimi  
Espoon kaupunki

7/2019




Espoon sivistystoimi


Tutkimuslupahakemus

1 TUTKIMUKSEN NIMI	Kohti moniammatillista yhteistä perhetyötä - lastensuojelun, psykiatrian ja koulun yhteistyön edistävät tekijät	
2 KOHDEYKSIKKÖ	Tutkimuksen suunniteltu kohdeyksikkö (-yksiköt) Espoon kaupungissa <b>Confidential</b>	
3 TUTKIMUKSEN Kuvaus	<p>Lyhyt kuvaus tutkimuksen sisällöstä ja menetelmistä (max. 160 merkkiä). (Liitä tutkimussuunnitelma liitteeksi.) Tarkoitus on löytää tekijöitä, jotka edistävät moniammatillisen yhteistyön onnistumista. Tutkimuskysymykset ovat: Mittää tekijät tekevät moniammatillisen yhteistyön menestyksekkääksi? Miten edistää näitä tekijöitä?</p> <p>Tutkimus on lastensuojelun, psykiatrian ja koulun yhteistyöhön suunnattu tutkimus. Opinnäytetyö on yksittäistutkimus</p> <p>Aineiston otanta ja keruutapa Laadulliset yksityishaastattelut koulun henkilökunnan kanssa.</p> <p>Tutkimuksen tarkoitus  <input type="checkbox"/> Pro gradu    <input type="checkbox"/> Lisensiaattityö    <input type="checkbox"/> Väitöskirja  <input checked="" type="checkbox"/> Muu opinnäytetyö, mikä Ylemmän AMK-tutkinnon opinnäytetyö    <input type="checkbox"/> Muu, mikä?  Tutkimuksen arvioitu valmistumisaika:</p>	
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	<p>Onko tutkimuksen kohteena henkilö (henkilöitä), jonka osallistumisesta päättää huoltaja tai edunvalvoja</p> <p>Käsitelläänkö tutkimuksessa henkilötietoja</p> <p>Muodostuuko tutkimusta tehtäessä henkilötietopohjainen tutkimusrekisteri</p> <p>Käytetäänkö tutkimuksessa jo olemassa olevien rekistereiden tietoja</p> <p>Onko tutkimus osa jotain laajempaa tutkimusta / projektia</p> <p>Lisätietoja</p>	<p><input type="checkbox"/> Kyllä    <input checked="" type="checkbox"/> Ei Jos kyllä, selvitä Lisätietoja -kohtaan, miten huoltajan suostumus hankitaan</p> <p><input type="checkbox"/> Kyllä    <input checked="" type="checkbox"/> Ei</p> <p><input type="checkbox"/> Kyllä    <input checked="" type="checkbox"/> Ei Jos kyllä, täytä myös Tutkimusrekisteritiedot -lomake</p> <p><input type="checkbox"/> Kyllä    <input checked="" type="checkbox"/> Ei Jos kyllä, selvitys Lisätietoja -kohtaan</p> <p><input type="checkbox"/> Kyllä    <input checked="" type="checkbox"/> Ei Jos kyllä, selvitys Lisätietoja -kohtaan.</p> <p>työntekijöiden lisäksi, tutkimuksessa haastatellaan myös työntekijöitä (tutkimuslupa myönnetty 48/2018). Saadaksesen riittävästi haastattelijoita tutkija hakee myös tutkimusluvan haastatella 1-3 työntekijää . Sivistystoimen lisäksi, tutkimuksessa haastatellaan työntekijöitä lastensuojelun ja psykiatrian</p>

## Forskningstillstånd: Esbo stads bildningsnämnd 1

	puolelta. Tutkimusluvut haettu myös näistä organisaatioista.	
5 TUTKIJATAHON TIEDOT	Tutkimuksen tekijä/t (alleiviivaa yhteys henkilö) Mari-Anette Rönnlund	
	Yhteys henkilön osoite	Puhelin
	Sähköpostiosoite mari.ronnlund@edu.novia.fi	
	Organisaatio / yksikkö, johon tutkimus tehdään Ammattikorkeakoulu Novia, Vaasa Tutkimuksen ohjaaja / vastuullinen johtaja yhteystietoiheen Yliopettaja Susanne Jungerstam, puh. 06 3285381 susanne.jungerstam@novia.fi Yrkeshögskolan Novia Wolffintie 31 65200 Vaasa	
6	Arvioi, miten tutkimus hyödyntää kaupungin palvelujen kehittämistä: Kaupunki voi hyödyntää tutkimuksen tuloksesta kehittääkseen moniammatillista yhteistyötä. Moniammatillinen yhteistyö yhdistää eri toimijoiden tietoa ja taitoa, joka antaa lisäarvoa ja parantaa palveluiden laatua, sekä lisää lasten ja perheiden osallisuutta.	
7 TUTKIMUKSEN TEKIJÖIDEN SITOUMUS JA ALLEKIRJOITUKSET	Sitoudun siihen, että en käytä saamiani tietoja asiakkaan, hänen läheistensä tai Espoon kaupungin vahingoksi enkä luovuta saamiani henkilötietoja ulkopuolisille, vaan pidän ne salassa. Tutkimustulokset esitän niin, ettei niistä voida tunnistaa yksittäistä henkilöä tai perhettä. Noudatan henkilötietolaissa ja muualla lainsäädännössä mainittuja säännöksiä henkilötietojen käsittelystä ja salassapidosta.	
	Paikka ja aika Tapiola 10.11.2018	
	Allekirjoitukset ja nimenselvennykset  Mari-Anette Rönnlund	
8 PÄÄTÖS	<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään <input type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään ehdollisena:  Myönnetyn tutkimusluvun numero.: 7 / 20 / 19 <input type="checkbox"/> Tutkimuslupaa ei myönnetä seuraavin perustein:	

## Forskningsstillstånd: Esbo stads bildningsnämndämnd 1

	Pyydetään lähettämään tutkimuksen valmistuttua sähköpostitse samaan osoitteeseen kuin tämä tutkimuslupahakemus <input checked="" type="checkbox"/> Tiivistelmä <input type="checkbox"/> Koko tutkimusraportti
	Espoossa 11 / 11 2019
	Päätäjän allekirjoitus 
	Nimenselvennys JUVA LUANI
	Virka-asema KEHITTÄMISPÄIKKÖ
<p><b>Tutkimusluvan myöntäminen ei velvoita tutkimuksen kohteita osallistumaan tutkimukseen. Tutkijan on neuvoteltava aina erikseen tutkimuskohteena olevien organisaatioiden kanssa tutkimukseen osallistumisesta ja kohteen nimen mainitsemisesta tutkimusraportissa. Tutkimuksen teko ei saa häiritä tutkimuskohteen toimintaa.</b></p>	

9

## LIITTEET

Merkitse alle rastilla

- Tutkimussuunnitelma  
 Tutkimusrekisteritiedot  
 Muu, mikä?

Tutkimustiedote

Rehtori

hyväksynyt 11.1.2019.



48/2018



Espoon sivistystoimi

Tutkimuslupahakemus

1 TUTKIMUKSEN NIMI	Kohti moniammatillista yhteistä perhetyötä - lastensuojelun, psykiatrian ja koulun yhteistyön edistävät tekijät	
2 KOHDEYKSIKKÖ	Tutkimuksen suunniteltu kohdeyksikkö (-yksiköt) Espoon kaupungissa <b>Confidential</b>	
3 TUTKIMUKSEN KUVAUS	<p>Lyhyt kuvaus tutkimuksen sisällöstä ja menetelmistä (max. 160 merkkiä). (Liitä tutkimussuunnitelma liitteeksi.) Tarkoitus on löytää tekijöitä, jotka edistävät moniammatillisen yhteistyön onnistumista. Tutkimuskysymykset ovat:</p> <p>Mitkä tekijät tekevät moniammatillisen yhteistyön menestyksekkääksi? Miten edistää näitä tekijöitä? Tutkimus on lastensuojelun, psykiatrian ja koulun yhteistyöhön suunnattu tutkimus. Öpinnäytetyö on yksittäistutkimus.</p>	
	Aineiston otanta ja keruutapa Laadulliset yksityishaastattelut lastensuojelun tehostetun perhetyön työntekijöiden kanssa	
	<p>Tutkimuksen tarkoitus</p> <p><input type="checkbox"/> Pro gradu      <input type="checkbox"/> Lisensiaattityö      <input type="checkbox"/> Väitöskirja <input checked="" type="checkbox"/> Muu opinnäytetyö, mikä Ylempään AMK-tutkinnon opinnäytetyö      <input type="checkbox"/> Muu, mikä?</p> <p>Tutkimuksen arvioitu valmistumisaika:</p>	
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	Onko tutkimuksen kohteena henkilö (henkilöitä), jonka osallistumisesta päättää huoltaja tai edunvalvoja	<input type="checkbox"/> Kyllä <input checked="" type="checkbox"/> Ei Jos kyllä, selvitä Lisätietoja -kohtaan, miten huoltajan suostumus hankitaan
	Käsitelläänkö tutkimuksessa henkilötietoja	<input type="checkbox"/> Kyllä <input checked="" type="checkbox"/> Ei
	Muodostuuko tutkimusta tehtäessä henkilötietopohjainen tutkimusrekisteri	<input type="checkbox"/> Kyllä <input checked="" type="checkbox"/> Ei Jos kyllä, täytä myös Tutkimusrekisteritiedot -lomake
	Käytetäänkö tutkimuksessa jo olemassa olevien rekistereiden tietoja	<input type="checkbox"/> Kyllä <input checked="" type="checkbox"/> Ei Jos kyllä, selvitys Lisätietoja -kohtaan
	Onko tutkimus osa jotain laajempaa tutkimusta / projektia	<input type="checkbox"/> Kyllä <input checked="" type="checkbox"/> Ei Jos kyllä, selvitys Lisätietoja -kohtaan.
	Lisätietoja työntekijöiden lisäksi, tutkimuksessa haastatellaan työntekijöitä myös lastensuojelun ja psykiatrian puolelta. Tutkimusluvat haettu myös näistä organisaatioista.	

## Forskningstillstånd: Esbo stads bildningsnämnd 2

5 TUTKIJATAHON TIEDOT	<p>Tutkimuksen tekijä/t (alleiviivaa yhteyshenkilö) Mari-Anette Rönnlund</p> <table border="1" data-bbox="450 376 1181 452"> <tr> <td data-bbox="450 376 976 452">Yhteyshenkilön osoite</td> <td data-bbox="983 376 1181 452">Puhelin</td> </tr> </table> <p>Sähköpostiosoite mari.ronnlund@edu.novia.fi</p> <p>Organisaatio / yksikkö, johon tutkimus tehdään Ammattikorkeakoulu Novia, Vaasa</p> <p>Tutkimuksen ohjaaja / vastuullinen johtaja yhteystietoineen Yliopettaja Susanne Jungerstam, puh. 06 3285381 susanne.jungerstam@novia.fi Yrkeshögskolan Novia Wolffintie 31 65200 Vaasa</p>	Yhteyshenkilön osoite	Puhelin
Yhteyshenkilön osoite	Puhelin		
6	<p>Arvioi, miten tutkimus hyödyntää kaupungin palvelujen kehittämistä: Kaupunki voi hyödyntää tutkimuksen tuloksesta kehittääkseen moniammatillista yhteistyötä. Moniammatillinen yhteistyö yhdistää eri toimijoiden tietoa ja taitoa, joka antaa lisäarvoa ja parantaa palveluiden laatua, sekä lisää lasten ja perheiden osallisuutta.</p>		
7 TUTKIMUKSEN TEKIJÖIDEN SITOUS JA ALLEKIRJOITUKSET	<p>Sitoudun siihen, että en käytä saamiani tietoja asiakkaan, hänen läheistensä tai Espoon kaupungin vahingoksi enkä luovuta saamiani henkilötietoja ulkopuolisille, vaan pidän ne salassa. Tutkimustulokset esitän niin, ettei niistä voida tunnistaa yksittäistä henkilöä tai perhettä. Noudatan henkilötietolaissa ja muualla lainsäädännössä mainittuja säännöksiä henkilötietojen käsittelystä ja salassapidosta.</p> <p>Paikka ja aika Tapiola 9.10.2018</p> <p>Allekirjoitukset ja nimenselvennykset</p> <p> Mari-Anette Rönnlund</p>		
8 PÄÄTÖS	<p><input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään <input type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään ehdollisena:</p> <p>Myönnetyn tutkimusluvan numero: 48 / 20 18</p> <p><input type="checkbox"/> Tutkimuslupaa ei myönnetä seuraavin perustein:</p>		

## Forskningsstillstånd : Esbo stads bildningsnämndnämnd 2

	Pyydetään lähettämään tutkimuksen valmistuttua sähköpostitse samaan osoitteeseen kuin tämä tutkimuslupahakemus <input type="checkbox"/> Tiivistelmä <input checked="" type="checkbox"/> Koko tutkimusraportti
	Esboossa <i>12/11</i> 20 <i>18</i>
	Päätäjän allekirjoitus
	Nimenselvennys
	Virka-asema <i>Koulun johtaja</i>
<p><b>Tutkimusluvan myöntäminen ei velvoita tutkimuksen kohteita osallistumaan tutkimukseen. Tutkijan on neuvoteltava aina erikseen tutkimuskohteena olevien organisaatioiden kanssa tutkimukseen osallistumisesta ja kohteen nimen mainitsemisesta tutkimusraportissa. Tutkimuksen teko ei saa häiritä tutkimuskohteen toimintaa.</b></p>	

9

## LIITTEET

- Merkitse alle rastilla
- Tutkimussuunnitelma
- Tutkimusrekisteritiedot
- Muu, mikä?

Forskningsstillstånd: Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt (HNS),  
HUCS (Helsingfors universitets centralsjukhus) sjukvårdsområde

## HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPAIIRI

HYKS-SAIRAANHOITOALUE: HYKS PSYKIATRIA

### Päätös tutkimusluvasta

Opinnäytetyön tekijä / tekijät:	Mari-Anette Rönnlund
Yliopisto / amk:	Yrkeshögskolan Novia
Opinnäytetyön nimi:	Kohti moniammatillista yhteistä perhetyötä – lastensuojelun, psykiatrian ja koulun yhteistyötä edistävät tekijät.
HUS tutkimuksen vastuuhenkilö:	Timo Laaksonen
Opinnäytetyön ohjaaja / ohjaajat:	Susanne Jungerstam

### Tutkimuksen suorituspaikka

HYKS-SAIRAANHOITOALUE: HYKS PSYKIATRIA / Puolto, Hottinen Anja, 03/01/2019

HYKS-SAIRAANHOITOALUE: HYKS PSYKIATRIA /

Aineisto  Potilaat/Omaiset, Lukumäärä:  
 Henkilökunta, Lukumäärä: 3-6  
 Asiakirjat/Rekisterit, Lukumäärä:  
 Muu, mikä, Lukumäärä:

Tutkimusmenetelmät Haastattelu

Tutkimuslupa myönnetään edellyttäen, että tutkimusluvan saaja toimittaa tutkimuksen valmistuttua raportin tutkimusluvan myöntäjälle (R-lomake)

Muut ehdot: Avaintietokanta säilytetään HUSsin tiloissa.

Tutkimusluvan alkamispäivä:	11.01.2019
Tutkimusluvan päättymispäivä:	17.03.2019
Tutkimusluvan hyväksyjä:	Isometsä Erkki
Hyväksyjän tulosyksikkö:	HYKS-SAIRAANHOITOALUE: HYKS PSYKIATRIA
Hyväksyjän toimi:	Ylilääkäri, professori

Tutkijan työpöytä

Page 2 of 2

Tutkimusluvan myöntämiseen liittyvät asiakirjat on tallennettu Tieteellisen tutkimuksen rekisteriohjelmaan (Tietu).