

Lunds Universitet
Socialhögskolan
SOL 065
Höstterminen 2003

Hur fungerar samverkan i Hässleholm kring psykiskt funktionshindrade missbrukare?

Författare: Jennie Bayley
Maria Johansson
Handledare: Marcus Knutagård

Abstract

The aim of our essay was to examine how persons working within social services, municipal psychiatry and county council psychiatry in Hässleholm understand collaboration between the organisations when it comes to clients who have an abuse problem combined with a mental disorder.

We have found the following questions useful:

1. How is the collaboration between the organisations described and what possibilities and obstacles for collaboration are there?
2. How do the personnel describe the ideal collaboration?
3. How do the organisations demarcate responsibility between them?

We have made an explorative study using qualitative interviews. The perspective of the study has been an organizational one because we wanted to get increased knowledge of how the personnel understand collaboration in between the organisations and how previous research explains obstacles and possibilities for collaboration.

We have discovered that the collaboration between the organisations in most cases in Hässleholm works quite well. When it doesn't work it is mainly because of separate finances, separate responsible authorities, personal relationships and lack of time. Another explanation to why the collaboration fails can be that personnel appoint a scapegoat, maybe because they don't have enough knowledge of one another.

Innehållsförteckning

	Sid.
Abstract	
Förord	5
1. Inledning och problemformulering	6
1.1 Syfte och frågeställningar	6
1.2 Metod	7
1.3 Urval	9
1.4 Intervjumetod	10
2. Tidigare forskning	11
2.1 Källkritik	11
2.2 Begrepp	15
2.3 Samverkan	18
2.4 Organisatoriska förhållanden	20
2.5 Ideal samverkan	23
2.6 Avgränsning	25
2.7 Lagstiftning	26
3. Verksamhetsbeskrivningar	28
3.1 Vuxenenheten på Socialförvaltningen i Hässleholm	29
3.2 Den kommunala psykiatrin inom Omsorgsförvaltningen	29
3.3 Psykiatrin i Hässleholm	29
4. Resultatredovisning av intervjuer	31
4.1 Hur ser samverkan ut mellan omsorgsförvaltning, socialförvaltning och landstingspsykiatri i Hässleholm?	31
4.1.1 Socialförvaltningen, Vuxenenheten	31
4.1.2 Den kommunala psykiatrin	31
4.1.3. Landstingspsykiatrin	32

4.2 Hinder och möjligheter för samverkan	34
4.2.1 Socialförvaltningen, Vuxenheten	34
4.2.2 Den kommunala psykiatri	36
4.2.3 Landstingspsykiatri	37
4.3 Hur skulle den ideala samverkan se ut?	38
4.3.1 Socialförvaltningen, Vuxenheten	38
4.3.2 Den kommunala psykiatri	39
4.3.3 Landstingspsykiatri	39
4.4 Hur avgränsas samverkan	40
4.4.1 Socialförvaltningen, Vuxenheten	40
4.4.2 Den kommunala psykiatri	41
4.4.3 Landstingspsykiatri	42
5. Analys	44
5.1 Hur samverkan ser ut mellan organisationerna och vilka hinder/möjligheter som finns för samverkan	44
5.2 Hur den ideala samverkan ska se ut	48
5.3 Hur ansvaret avgränsas mellan organisationerna	50
5.4 Hur kan man förklara att det trots ganska klara regler blir problem med samverkan när det gäller psykiskt funktionshindrade missbrukare?	52
6. Avslutning	53
7. Litteraturförteckning	55
8. Bilagor	56

Förord

Vi vill tacka vår handledare Marcus Knutagård för att han haft tålamod med oss och visat oss vägen fram till denna uppsats som du nu håller i handen. Vi vill också passa på att tacka alla er inom Socialförvaltningen, Omsorgsförvaltningen och Landstingspsykiatrien som ställt upp på att bli intervjuade av oss, ni har gjort denna uppsats möjlig.

1. Inledning och problemformulering

Efter mordet på Anna Lindh, vansinneskörningen i Stockholm, och alla andra vansinnesdåd som enligt pressen utförts av psykiskt sjuka människor, framstår i den aktuella debatten psykiskt sjuka som extremt farliga personer, speciellt de psykiskt sjuka som också har ett missbruk av alkohol, bensodiazepiner, lösningsmedel, narkotika mm. I den aktuella debatten kritiseras socialtjänsten och psykiatrien för sitt dåliga samarbete vad gäller psykiskt sjuka missbrukare. Socialstyrelsen redovisar i pressmeddelande no 31 (2003) att samverkan mellan kommun och landsting är av särskild stor vikt för personer med missbruksproblem och psykisk sjukdom.

Vi hade inte så mycket kunskap om samverkan mellan kommun och landsting när det gällde den här gruppen och ville därför undersöka hur kommun och landsting samverkar kring psykiskt funktionshindrade missbrukare och hur tidigare forskning ser på möjligheter och hinder för samverkan. Den tidigare forskningen kring samverkan är vad vi erfarit förlegad, det mesta har skrivits runt tiden för psykiatrireformen och vi ville få en mer aktuell bild av samverkan. Det finns dock en del som skrivits nyligen kring samverkan, bl.a. Danermark & Kullberg (1999) och fler forskare kommer förmodligen att skriva mer om ämnet nu efter att media uppmärksammat problemen kring samverkan när det gäller psykiskt sjuka missbrukare.

Vi valde att utföra vår undersökning i Hässleholm då detta är en typisk mellanstor stad som rymmer både landstingspsykiatri, kommunal psykiatri och socialförvaltning (vuxenheten). Vi ville undersöka hur empirin förhöll sig jämfört med tidigare forskning om samverkan. Vi valde att undersöka samverkan ur ett organisatoriskt perspektiv. Vi har genomfört totalt 10 intervjuer med anställda som innehar olika befattningar inom de tre organisationerna, detta för att få en så nyanserad bild som möjligt av samverkan mellan organisationerna.

1.1 Syfte och frågeställningar

Vårt syfte med denna undersökning är att undersöka hur personal inom vuxenheten (Socialförvaltningen), den kommunala psykiatrien (Omsorgsförvaltningen) och landstingspsykiatrien i Hässleholm ser på samverkan när det gäller personer med psykiska funktionshinder och missbruk.

1. Hur ser samverkan ut mellan organisationerna och vilka hinder/möjligheter finns det för samverkan?
2. Hur tycker personalen i organisationerna att ideal samverkan bör se ut?
3. Hur avgränsas ansvar mellan organisationerna?

1.2 Metod

Vi har valt att göra en explorativ undersökning för att besvara vårt syfte som är att undersöka hur personal inom vuxenheten (Socialförvaltningen), den kommunala psykiatrin (Omsorgsförvaltningen) och landstingspsykiatrin i Hässleholm ser på samverkan när det gäller personer med psykiska funktionshinder och missbruk. Psykiskt funktionshinder definierar vi som en långvarig och allvarlig psykisk störning som inte behöver vara diagnostiserad. Missbruk definierar vi som ett fortgående beroende och där problematik har uppstått till följd av användning av alkohol, bensodiazepiner, lösningsmedel, narkotika mm. En explorativ undersökning förklaras av Rosengren & Arvidson (1997) som en undersökning där forskaren vill studera ett socialt fenomen i syfte att förstå dess väsen och form. För att få kunskap om det sociala fenomenet kan forskaren få andra att berätta om det i intervjuer.

Perspektivet på vår undersökning är organisatoriskt, då vi vill få ökad kunskap om hur de olika organisationerna ser på samverkan och undersöka vad tidigare forskning säger om hinder och möjligheter för att samverkan ska fungera bra. Vi hade ingen kunskap om samarbete mellan de olika organisationerna när det gällde psykiskt funktionshindrade missbrukare och vi var inte ute efter att testa hypoteser, vi ville öka vår kunskap om fältet och tyckte därför att ett induktivt arbetssätt passade vårt syfte. Vi blev inspirerade av Grounded theory (GT) som beskrivs av Svensson & Starrin (1996) som ett arbetssätt som innebär att den producerade teorin ska grundas i data.

Vi undersökte samverkan mellan organisationerna genom att göra kvalitativa intervjuer med anställda inom organisationerna. Vi har i analysen jämfört vad intervjupersonerna sagt med tidigare forskning för att öka validiteten i undersökningen.

Vi valde att utföra våra intervjuer med personer som innehar olika befattningar inom

organisationerna, detta för att få en så nyanserad bild som möjligt om hur organisationerna uppfattar samverkan. Vi har utfört totalt 10 intervjuer med 12 personer. Tyvärr är inte intervjuerna jämnt fördelade mellan organisationerna då t.ex. den kommunala psykiatrin endast har tre anställda och vi intervjuade fyra personer på Vuxenenheten mot fem personer på landstingspsykiatrin. Vi uppvägde detta genom att göra mer utförliga och längre intervjuer med vuxenenheten och den kommunala psykiatrin.

Vi gjorde tematiserade intervjuguider som vi utgick ifrån när vi gjorde intervjuerna. Vi valde att ha halvstandardiserade intervjufrågor, då vi ställer samma frågor till alla organisationer för att kunna jämföra dem, men med öppna svar för att få så mycket kunskap som möjligt om samverkan. Vi hade två intervjuguider, en som hade mer övergripande frågor om organisationen och insatserna och en som fokuserade på samverkan (se bilaga 1 och 2). Den övergripande intervjuguiden har vi använt vid en intervju per organisation och samverkans- intervjuguiden har vi använt på alla intervjupersoner. Vi har dock inte följt intervjuguiderna slaviskt, utan de har varit mer som hjälp för oss att hålla fokus på vad vi ville utforska och gett oss möjligheter att ställa följdfrågor.

Intervjuerna genomförde vi genom att en av oss intervjuade medan den andra antecknade vad intervjupersonerna sa, vi bytte roller vid varje nytt intervjutillfälle. Vi valde att ha en av oss som ställde frågorna för att intervjupersonerna skulle veta vem han/hon skulle samtala med under intervjun. Vi bestämde oss för att den som antecknade kunde i slutet av intervjun ställa frågor som intervjuaren missat, eller om den som antecknat missat att skriva ner något viktigt. Hade vi varit en person vid varje intervjutillfälle hade vi inte kunnat följa upp intervjuerna på plats på samma sätt, då det är svårt om intervjuaren är ensam att veta vad man kan ha missat, det kanske inte kommer förrän efter intervjun och i så fall får man göra en kompletterings- intervju.

Ytterligare en risk med att vara två intervjuare vid varje intervjutillfälle kan vara att den intervjuade inte känner sig avslappnad då den är ensam och kanske känner sig i underläge vilket kan medföra att intervjun inte blir avslappnad vilket i sin tur kan medföra att intervjupersonen inte berättar allt utan håller tillbaka något. Vi anser inte att så varit fallet, utan vi har haft bra samtal med alla intervjupersoner och vi har tolkat dem som de kände sig väl till mods under

intervjun.

Vi valde att inte använda oss av bandspelare för att det eventuellt skulle verka hämmande på intervjupersonerna och att de skulle känna sig illa till mods. Vi tror att ett mer avslappnat möte utan bandspelare tillförde intervjun det kvalitativa material vi var ute efter. Genom att inte använda bandspelare finns det en risk att vi missat något som intervjupersonerna sagt, men genom att vi var två vid varje intervjutillfälle och att vi sammanfattade intervjun direkt efter intervjutillfället tillsammans minskade vi den risken. En annan risk med detta förfarande är att vi misstolkat intervjupersonernas svar, men för att minska den risken har vi skickat ut sammanfattningar av intervjuerna till intervjupersonerna för att de ska godkänna vad vi sammanfattat. Vi lät intervjupersonerna bestämma om de ville vara anonyma eller om vi fick använda oss av deras namn, alla intervjupersoner ställde upp med namn i vår undersökning mot att de fick godkänna hur vi hade tolkat intervjun. Vi fick svar från de flesta av våra intervjupersoner, de vi inte har fått svar från antar vi att de godkände vår sammanställning. Vi beslöt oss i uppsatsens slutskede att inte använda oss av intervjupersonernas namn, utan att göra dem anonyma, detta för att namnen på personerna vi intervjuat inte tillför uppsatsen något. Vi har genom att intervjupersonerna läst igenom och godkänt vår sammanställning av deras svar vid intervjuerna ökat reliabiliteten när det gäller den insamlade informationen från intervjupersonerna.

En av oss har tidigare i utbildningen på Socialhögskolan gjort sin praktik på Socialförvaltningen i Hässleholm, vilket medförde att hon kände några av intervjupersonerna. Detta ser vi inte som något negativt, utan det faktum att de kände varandra sen tidigare gjorde att intervjun blev mer öppen och intervjupersonerna mer avslappnade. Detta medförde en mer djuplodande intervju som det kanske inte skulle ha blivit om de var främmande för varandra. Att en av oss gjorde praktikperioden på Socialförvaltningen och hade vissa förkunskaper om arbetet där påverkade inte hur vi ställde frågor eftersom vi var två och den andre av oss inte hade gjort sin praktik där och hade således inte förkunskaper om dess verksamhet.

1.3 Urval

Hässleholm valde vi då detta är en mellanstor svensk stad som inrymmer både vuxenhet på socialförvaltningen, kommunal psykiatri på omsorgsförvaltningen och landstingspsykiatri. Vi

ville undersöka hur samverkan såg ut mellan olika organisationer kring personer med psykiska funktionshinder och missbruk. Vi valde dessa tre organisationer genom strategiskt urval p.g.a. att de alla kommer i kontakt med den här gruppen och att vi fick en möjlighet att öka vår kunskap om samverkan för vår kommande yrkesroll inom det sociala arbetet. I den aktuella debatten i medier är just problematiken kring dubbeldiagnoser och samverkan kring dessa personer ofta förekommande vilket bidrog till vårt intresse för ämnet.

Vi valde ut våra intervjupersoner med hjälp av snöbollseffekten. Vi tog kontakt med enhetschefen för vuxenenheten och fick sedan av henne tips om vilka vi mer kunde intervjua inom den kommunala psykiatrin och landstingspsykiatrin. Vi har allteftersom vi genomfört intervjuer fått mer tips från de olika intervjupersonerna om vilka som kunde vara relevanta för oss att intervjua. Detta strategiska urval kan ha påverkat undersökningen i en viss riktning, oklart vilken, men vi valde själva ut de intervjupersoner (efter rekommendationer) vi tyckte kunde vara relevanta för undersökningen då vi ville ha med flera olika befattningar från alla organisationerna.

Inom vuxenenheten i Hässleholm intervjuade vi enhetschefen och vi hade en intervju med en gruppleddare och två socialsekreterare. Anledningen till att vi inte intervjuade gruppleddaren och socialsekreterarna var för sig, var att vi tillmötesgick deras önskemål om att få intervjua tillsammans. Totalt intervjuade vi fyra personer på vuxenenheten.

Inom den kommunala psykiatrin intervjuade vi tre personer, det är tre personer som är verksamma inom den kommunala psykiatrin i Hässleholm. De vi intervjuade har befattningarna; enhetschef, handläggare och psykiatrisjuksköterska.

Inom landstingspsykiatrin intervjuade vi fem personer som innehar befattningarna; utbildningssekreterare, enhetschef avdelning 12 (slutenvård), sjuksköterska (öppenvården), enhetschef avdelning 11 (enheten för särskilt vårdkrävande), överläkare/legitimerad psykoterapeut.

1.4 Intervjumetod

Samtidigt som vi utförde intervjuerna upptäckte vi mönster i svaren. Vi hade tematiserade intervjuguider, där de olika teman var samverkan, möjligheter/hinder för samverkan, ideal samverkan och avgränsning vad gäller ansvar och betalningsansvar. Vi upptäckte att de olika organisationerna var något så när överens om vad vi frågade om, och vi upplevde en mättnad när det gällde kunskapsinhämtandet. Efter ett par intervjuer fick vi ingen ny information utan alla gav ungefär samma svar. Under tiden vi genomförde intervjuerna letade vi efter tidigare forskning som vi kunde jämföra med intervjupersonernas svar. Vi upptäckte snabbt mönster i och mellan organisationerna som vi kunde koppla till den tidigare forskningen. Vi försökte ordgrant anteckna vad intervjupersonerna sade. Efter intervjun gick vi igenom den tillsammans för att eventuellt tillföra något som den som antecknade missat att anteckna under samtalet. När sammanställningen av intervjun var färdig redigerade vi bort det som inte var av betydelse för vår uppsats och skrev med våra ord ner vår tolkning av intervjun, och sen mailade vi efter överenskommelse med våra intervjupersoner sammanställningen av intervjun till dem. Vi fick sedan svar av de flesta av våra intervjupersoner, de som svarade ville ha något ord eller mening ändrad, vi antar att de som inte svarade godkände vår sammanställning. Alla intervjupersoner fick sedan den färdiga uppsatsen mailade till dem.

2. Tidigare forskning

2.1 Källkritik

Samverkan - Välfärdsstatens nya arbetsform av Berth Danermark och Christian Kullberg (1999)

Författarna nämner att de kontaktades av representanter för psykiatrin och socialtjänsten i Örebro för att diskutera om de ville följa ett utvecklingsprojekt om samverkan mellan flera aktörer som arbetar med personer med dubbeldiagnoser, alltså psykisk störning och missbruk. Danermark och Kullberg kom då fram till att de inte skulle göra en traditionell utvärderingsstudie utan istället utgå från projektet och dess erfarenheter för att mer generellt diskutera möjligheterna till samverkan.

Boken handlar enligt författarna om hur man kan identifiera grundläggande problem som uppstår i samverkan, försöka härleda dem till olikheter mellan de samverkande organisationerna, undanröja de problem som uppstår som en följd av tillfälliga faktorer samt lära sig att hantera de

problem som är en följd av förhållanden som man på kort sikt i ett enskilt projekt inte kan påverka. De delar vi har valt att använda av boken handlar inte om samverkansprojektet i Örebro utan mer allmänt om samverkan och dess hinder och möjligheter, vad det finns för problem med att organisationerna har olika lagstiftning och regelverk, vilka problem det finns med olika kunskaper och förklaringsmodeller inom de olika verksamheterna och att olika organisatorisk struktur också eventuellt kan ge problem vid samverkansförsök.

Författarna påpekar i boken att det inte finns så mycket forskning om samverkan och att problem och möjligheter med samordnade eller samverkande mellan olika myndigheter fortfarande är ett relativt outforskat område. Detta beror enligt författarna på att samverkan som ett mer generellt fenomen är en förhållandevis ny arbetsform och att det tar tid att genomföra forskning på området. Danermark och Kullberg hävdar vidare att det finns en stor vardagskunskap om fenomenet samverkan men att det saknas teoretiskt förankrade studier som kritiskt analyserar samverkan och kan ge ett mer generellt perspektiv. Detta är sådan litteratur vi har sökt efter men inte hittat så mycket av, förutom den här boken som faktiskt till stor del ger ett generellt perspektiv och analyserar samverkan. Den forskningen som dock existerar tyder, enligt författarna, på uppenbara brister i samhällets förmåga att samordna sina insatser för svaga grupper.

En del av faktauppgifterna som författarna använder är hämtad från böcker och undersökningar gjorda under 80-talet och kan därför anses vara inaktuella. Författarna är dock medvetna om detta och påpekar det också i boken. De undersöker också om förhållandena har förändrats till det bättre efter att dessa tidiga undersökningar gjordes. De kommer fram till att mycket i de senare studierna de har tittat på stämmer överens med de studier som är utförda på 80-talet. Av detta drar vi då slutsatsen att den information vi hämtar ur boken är relativt aktuell och användbar för oss, fast den är hämtad från undersökningar utförda under 80-talet, eftersom den tycks stämma överens med senare utförda undersökningar. Boken är utgiven 1999, den är alltså relativt ny, och därför anser vi den vara användbar för vår undersökning. Författarna är båda verksamma vid Örebro universitet, Berth Danermark är professor i sociologi och Christian Kullberg är forskarassistent i socialt arbete.

Behandling av alkoholproblem- en kunskapsöversikt av Barbro Sundbärg (red) (2000)

Detta är en bok, utgiven år 2000, som enligt förordet syftar till att beskriva det aktuella kunskapsläget när det gäller alkoholvårdens behandlingseffekter, baserat på en genomgång av den centrala forskningen inom området. Bokens kapitel har olika författare som skriver om olika ämnen t.ex. huruvida behandling har effekt, kvinnor och alkoholmissbruk, några huvuddrag i den svenska alkoholvården m.m. Det kapitel vi har använt oss av heter Psykiskt störda missbrukare och är författat av Agneta Öjehagen och Mats Berglund. Boken har utarbetats av en grupp inom Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS) vid socialstyrelsen där bl.a. Öjehagen och Berglund ingår. Författarna har enligt skriften under lång tid ägnat sig åt forskning om alkoholvård och flera är praktiskt verksamma inom området.

En bärande relation -praktisk psykiatri av Gunnel Saxon och Inga-Britt Bernström (1998)

Denna bok, utgiven 1998, syftar till att enligt Saxon och Bernström klargöra och förtydliga det som är unikt i arbetet med att ge stöd till psykiskt störda i deras boende och i att delta i sysselsättning tillsammans med dem i deras hem- och närmiljö. Författarna vill ge en lättförståelig introduktion till psykiatri. Det kapitlet vi har använt i vår uppsats handlar om samverkan mellan olika vårdgivare, myndigheter och andra intressenter när det gäller psykiskt funktionshindrade. Författarna talar bland annat om ansvarsområden, vilka olika aktörer som kan finnas som samverkanspartners när det gäller psykiskt funktionshindrade och vilka lagar som reglerar kraven på samverkan. Gunnel Saxon är psykiatriker och Inga-Britt Bernström är enhetschef inom en socialpsykiatrisk kommunal verksamhet. Även om boken är inriktad på personer med psykiska funktionshinder främst och inte dubbeldiagnoser har vi ansett den vara användbar i fråga om främst ansvarsfördelning och vilka lagar som reglerar krav på samverkan.

SoS-rapport 1989:33, De glömda narkotikamissbrukarna, Jan Ramström

Socialstyrelsen fick 1988 uppdraget av regeringen att utarbeta en plan för hur vården av psykiskt svårt störda missbrukare kan förbättras. Uppdraget överlämnades åt överläkaren Jan Ramström och sedan avlämnades en rapport till regeringen 1989. Detta hade för oss varit en användbar bok om den hade varit aktuell, men eftersom den är från 1989 kan vi inte längre vara säkra på att förhållandena stämmer. Vi har använt oss av Ramström i de fall där han beskriver vissa generella faktorer för samverkan som är oberoende av tid.

Välfärd och valfrihet? Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform, Socialstyrelsen (1999)

Detta är just som titeln anger en slutrapport av utvärderingen som gjorts av psykiatrireformen. Rapporten innehåller Socialstyrelsens slutsatser, en sammanfattning av reformens effekter, konsekvenser för berörda aktörer m.m. De delar vi har använt oss av handlar om vad de olika huvudmännen bör göra tillsammans för att förbättra samverkan dem emellan. Rapporten är publicerad 1999, vilket gör den förhållandevis aktuell, och har som målgrupp politiker, personal inom socialtjänsten och psykiatriker.

Pressmeddelande 31, Socialstyrelsen om vården av psykiskt sjuka människor: Bristande samarbete, för få slutenvårdsplatser (2003-10-16)

Detta pressmeddelande är väldigt aktuellt eftersom det är publicerat bara några månader innan denna uppsats skrevs. Det konstaterar bl.a. att vården för människor med svår psykisk sjukdom inte fungerar tillfredsställande. Socialstyrelsen föreslår här flera förbättringsåtgärder för att få samverkan att fungera bättre, vilket är användbart för oss när vi diskuterar ideal samverkan i uppsatsen.

SoS-rapport (1996:14) ”Psykiskt störda missbrukare”

I den här rapporten, som fokuserar på arbetet kring de psykiskt störda narkotikamissbrukarna, ges en sammanställning av den kunskap som Socialstyrelsen i nära samarbete med länsstyrelserna i Göteborg, Stockholm och Malmö förmedlat via konferenser med hjälp av olika författare. Kunskapssammanställningen är skriven av Silvia Tilleby och har granskats av Börje Lassenius som är specialsakkunnig i psykiatri vid Socialstyrelsen. Rapportens syfte är att utgöra en utgångspunkt för fördjupade diskussioner bland beslutsfattare och praktiker inom socialtjänsten och den psykiatriska sjukvården om hur vård- och behandlingsinsatser för den berörda målgruppen bäst kan utvecklas. Rapporten beskriver hur samverkan såg ut 1996 och vad som kan göras för att förbättra den och vad som krävs för att samverkan ska fungera bra. Detta tyckte vi var relevant material för vårt arbete, då rapporten tar upp möjligheter/hinder med samverkan, en del kring organisationerna och hur ideal samverkan skulle kunna se ut. Att rapporten skrevs 1996 tyckte inte vi var något hinder mot att använda oss av materialet.

Ann- En kvinna med dubbla diagnoser av Iréne Jansson (2002)

Ingår som en del av antologin "Könsperspektiv på missbruk", Leissner & Hedin (red), 2002, och har som syfte att redogöra för en kvinnas liv från barndomen och vägen in i missbruket till de olika sätt hon försökt ta sig ur det. Ett annat syfte med detta kapitel är att skildra samhällets, och speciellt vårdens tillkortakommande och därför ansåg vi det relevant att ta med en del av materialet i vår uppsats. Författaren har arbetat många år med missbruksbehandling i både frivillig- som tvångsvård och materialet hon använder sig av är hennes egna erfarenheter av möten med missbrukare, speciellt en kvinna benämnd Ann. Författaren grundar sina erfarenheter i tidigare forskning och relevant litteratur, och vi har använt henne som referent när det gäller hur ansvaret är uppdelat på två huvudmän.

Sociologiskt perspektiv i vård, omsorg och socialt arbete av Pål Repstad (1998)

Pål Repstad är docent i samhällsvetenskap vid högskolan i Agder samt biträdande professor i religionssociologi vid universitetet i Oslo. Han har skrivit böcker och artiklar inom religionssociologi, socialpolitik, samhällsvetenskaplig metod och forskningsetik. Denna bok syftar till att ge en grundläggande introduktion till sociologi och är avpassad efter universitets- och högskoleutbildningar inom sjukvård och socialtjänst. Han beskriver och diskuterar bl.a. vetenskapsteorier, sociologiska metoder och samhällsstrukturer utifrån kända sociologer som Marx, Weber etc.. Vi tyckte att Repstads diskussioner om teorier vad gällde förändringar i organisationer var relevant i förhållande till vår undersökning, framförallt syndabocks-teorin.

2.2 Begrepp

Dubbeldiagnoser

Begreppet dubbeldiagnoser eller personer med dubbeldiagnoser jämställer Danermark & Kullberg (1999) med psykiskt störda missbrukare. Gerdner och Sundin (1998) använder begreppet dubbla diagnoser om personer som har ett diagnosticerat psykiatriskt problem samtidigt med alkohol- och/eller drogberoende. Öjehagen & Berglund i Sundbärg (red) (2000) talar om psykiskt störda missbrukare och menar då personer med dubbeldiagnos, d.v.s. att personen förutom alkoholproblem också har en psykiatrisk diagnos. Efter vad som framgår i ovan

nämnda litteratur bör alltså begreppet dubbla diagnoser/dubbeldiagnoser användas när det gäller personer med drog/alkoholberoende eller drog/alkoholmissbruk och samtidig psykiatrisk problematik som är diagnosticerad. En del av författarna använder psykiskt störda missbrukare likvärdigt med personer som har dubbeldiagnoser. Vi har valt att använda begreppet dubbeldiagnoser när det gäller personer som lider av någon form av psykiatrisk problematik, inte nödvändigtvis diagnosticerad, och samtidig missbruksproblematik. Missbruksproblematik innefattar beroende och missbruk av alkohol, narkotika, bensodiazepiner och lösningsmedel m.m..

Psykiskt funktionshindrade missbrukare

I litteraturen vi har studerat används begreppen: personer med dubbeldiagnoser/dubbla diagnoser, psykiskt störda missbrukare, psykiskt sjuka missbrukare och psykiskt funktionshindrade missbrukare. Begreppen när det gäller personer med psykiska problem har gått från psykisk sjukdom via psykisk störning till psykiskt funktionshinder. Det var när psykiatriutredningen genomfördes som begreppet psykisk sjukdom ersattes med det nyintroducerade begreppet psykisk störning. De som tidigare hade varit psykiskt sjuka, blev nu istället psykiskt störda. Efter detta gjordes en handikapputredning och ett förslag till ny handikappslagstiftning presenterades (LSS). I detta förslag kom de psykiskt störda att definieras som en tillkommande handikappgrupp och därmed introducerades begreppet psykiskt funktionshindrad. Vi har valt att jämställa dessa olika begrepp och i uppsatsen kalla den grupp av människor vi har valt att studera samverkan kring, för psykiskt funktionshindrade missbrukare (Hydén, 1998). Detta begrepp likställer vi med vår definition av personer med dubbla diagnoser (se ovan).

Missbruk/are

Definitionen av vad som är missbruk och vem som är missbrukare skulle kunna utvecklas väldigt mycket. Vi ska inte gå in mer på vilka olika sätt man kan definiera dessa begrepp, utan bara konstatera att vi i uppsatsen talar om missbrukare när vi beskriver personer med ett fortgående beroende och där problematik har uppstått till följd av användning av alkohol, bensodiazepiner, lösningsmedel, narkotika mm.

Hönan och ägget-diskussion

I våra intervjuer har vi stött på hönan och ägget-diskussionen några gånger. Detta innebär alltså att de olika verksamheterna ibland fastnar i diskussioner om vad som har uppstått först, den psykiska störningen eller missbruket. Öjehagen & Berglund i Sundbärg (red) (2000) påpekar att studier som har undersökt vad som uppstår först ofta visar att det psykiska funktionshindret föregår missbruket.

Medicinskt färdigbehandlad

Enligt Danermark & Kullberg (1999) innebär begreppet medicinskt färdigbehandlad att personen i fråga inte längre är i behov av eller kan tillgodogöra sig kvalificerad psykiatrisk vård på dygnsbasis. Författarna skriver vidare att begreppets avsikt är att klargöra betalningsansvaret mellan landsting och kommun. När en patient är medicinskt färdigbehandlad är det kommunens ansvar att betala för vistelsen på en vårdavdelning.

Patient/klient

I uppsatsen använder vi oss av både begreppet patient och begreppet klient. En patient/klient är en person som är aktuell inom i detta fall psykiatrin, den kommunala psykiatrin eller socialtjänsten. En och samma person kan bli kallad både klient och patient beroende på vilken av verksamheterna denne är aktuell hos. Inom psykiatrin kallas besökarna för patienter och inom kommunen benämns de klienter.

Samverkan, samordning, konsultation, integration

Danermark & Kullberg (1999) har från Westrin (1986) hämtat fyra olika kategorier av samverkan. Den första som beskrivs är kollaboration eller samverkan, vilket innebär att olika myndigheters samverkan sker i vissa former om specifika frågor som är klart avgränsbara. Den andra kategorin kallas koordination eller samordning och betyder att olika myndigheters insatser läggs till varandra för bästa resultat. Konsultation som nämns som kategori tre innebär att en yrkesgrupp från en organisation gör tillfälliga insatser hos en annan organisation. Slutligen tas också integration eller sammansmältning upp, vilket innebär att två eller flera verksamheter slås samman och alla eller de flesta arbetsuppgifterna blir gemensamma. Enligt detta kan alltså ordet samverkan ha olika betydelser. De organisationer vi har studerat använder sig av samverkan enligt första kategorin och också enligt kategori två. Verksamheterna samverkar om vissa frågor,

då t.ex. vård och behandling för psykiskt sjuka missbrukare, men de samverkar också på så sätt att de lägger sina olika insatser till varandras när det gäller den här gruppen. T.ex. kan en klient boende i den kommunala psykiatrins boende ha behov av socialtjänstens boendestöd och kanske psykiatrins öppenvård, insatserna läggs då till varandra.

Samarbete

Begreppet samarbete använder vi oss av i uppsatsen och tolkar det som att ett samarbete existerar när två eller flera personer gemensamt arbetar för att nå samma mål.

Evidensbaserad vård

Evidensbaserad vård eller Evidence based medicine betyder enligt Danermark & Kullberg (1999) att på ett vetenskapligt sätt utvärdera behandling och att gallra ut behandling som inte har någon vetenskapligt bevisad effekt. De nämner vidare att det har visat sig vara mycket svårt att enas om vilka kriterierna är för vad som ska anses vetenskapligt och hur de ska tillämpas.

2.3 Samverkan

Övergripande avtal har tecknats mellan kommuner och landsting vad gäller genomförandet av psykiatrireformen. Överenskommelser har träffats angående ansvar för individer, överföring av resurser, betalningsansvar, gemensam kompetensutveckling m.m.. Om samverkan mellan olika myndigheter och organisationer ska fungera i praktiken krävs det att samarbetet är förankrat såväl på verksamhetsnivå som på administrativ och politisk nivå. Ett led i denna förankringsprocess kan vara att utarbeta gemensamt utformade samarbetsavtal för den verksamhet som skall bedrivas gemensamt (SoS-rapport 1996:14).

Eftersom det ofta är många aktörer inblandade i rehabiliteringen av psykiskt funktionshindrade är det viktigt med samarbete. Det finns tydliga krav på samverkan och samordning i lagstiftningen, t.ex. i Kommunallagen, Förvaltningslagen, Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen (Saxon & Bernström, 1998).

Alla framgångsrika samverkansprojekt är konkreta och bygger på att klart avgränsbara grupper går att identifiera. Samverkan ska eftersträvas när varje myndighet själv inte kan bidra till att

problemet löses. För att samverkan ska lyckas måste det finnas klara målsättningar, regler, ansvars- och kostnadsfördelning och former för samverkan (Lagerberg & Sundelin, 1997, se Danermark & Kullberg, 1999).

Vissa inre faktorer som personalens motivation, yrkesidentitet, erkännande och respekt från övriga medverkande i samverkansprojektet är viktiga för att samverkan ska fungera bra (Bång & Rudstam, 1984, se Danermark & Kullberg, 1999). Det är viktigt att alla deltagare redan från början i ett samverkansprojekt har en gemensam utgångspunkt och gemensamma referensramar, att en gemensam metod för att utveckla samarbetet finns samt att mål, principer och etiska förhållningssätt nogga diskuteras redan innan verksamheten påbörjas (Westrin, 1986, se Danermark & Kullberg, 1999).

För att nå tillfredsställande behandlingsresultat måste flera personalkategorier med olika kompetens samverka kring den enskilda individen. Psykiatrin och socialtjänsten bör därför stimuleras att utveckla och förstärka sina insatser i arbetet med psykiskt störda missbrukare. Detta menar författarna ska ske genom att bilda lokala samverkansgrupper för att ta fram gemensamma vårdplaner för de enskilda patienterna (SoS-rapport, 1996:14).

I sin studie om samverkan tar Danermark & Kullberg (1999) upp olika faktorer som hämmar samverkan. Faktorer som nämns är t.ex. oklarhet i ansvarsgränser, det framkommer t.ex. att socialtjänsten och andra organisationer uppfattar att psykiatrin snävar in sitt ansvarsområde på ett sådant sätt att det hämmar samarbete kring patienter och klienter som organisationerna har ett gemensamt ansvar för.

Tengvald (1982) se Danermark och Kullberg (1999) skriver att fler hämmande faktorer för samverkan kan vara hög personalomsättning, vilket försvårar uppbyggnad av en gemensam kunskapsbas för personalen. Andra hämmande faktorer kan vara hög arbetsbelastning och snäva anvisningar för arbetets utförande vilket ofta hindrar att samordningsprojektet organiseras enligt uppställda mål. Ramström (1989) skriver att samarbetet på många håll brister trots i övrigt goda förutsättningar p.g.a. bristande kunskap om samarbetsparterna. Ett psykiatriskt vårdlag och ett socialkontor som ska samarbeta bör sätta sig in i varandras arbetsuppgifter och lära känna

varandras vardag. Vidare måste man lära känna den man ska samarbeta med. Saxon och Bernström (1998) menar som Ramström (1989) att det är viktigt att varje myndighet känner till och respekterar de övrigas särskilda kunskap och profession. De tillägger att det också måste finnas en strävan mot ett gemensamt synsätt på rehabilitering.

Det finns fyra olika former av samverkan som beror på hur verksamheten byggs upp.

Kollaboration eller samverkan innebär att myndigheternas samverkan sker i vissa former om specifika frågor som är klart avgränsbara. Med Koordination eller samordning menas att olika myndigheters insatser läggs till varandra för att uppnå bästa resultat. Konsultation betyder att en yrkesgrupp från en organisation gör tillfälliga insatser inom en annan organisation. Slutligen finns integration eller sammansmältning med vilket menas att två eller flera verksamheter slås ihop och alla eller de flesta arbetsuppgifterna blir gemensamma. Utvärderingar av försöksprojekt som har eftersträvat någon av de ovan nämnda samverkansformerna har endast visat begränsade positiva resultat. Dessa relativt dåliga resultat beror på att målsättningarna med samverkansförsöken i många fall varit vagt formulerade. Denna vaghet har gjort det svårt att bryta ner syftena med projekten till sådana konkreta mål som är nödvändiga för den praktiska verksamheten. En annan orsak till dåliga resultat kan vara kollisioner mellan maktstrukturer, olika kunskapsmönster, olika människouppfattningar och olika professionella mål som kan uppkomma i samarbetet, eller att de olika myndigheternas ekonomiska intressen kommer i konflikt (Westrin 1986, se Danermark & Kullberg, 1999).

2.4 Organisatoriska förhållanden

Det finns en allmän enighet om att samarbetet mellan olika instanser inom vård- och socialsektorn måste förbättras generellt. Trots den allmänna enigheten om vikten av samarbete och samordning vimlar det av exempel på att idealen inte stämmer överens med verkligheten. Här är många organisationsteorier tämligen pessimistiska: Varje organisation vill behålla största möjliga kontroll över sitt eget område och avskärma sig mot insyn och inflytande utifrån. På sin höjd samarbetar man när det är påtvingat, eller när man är beroende av resurser som andra organisationer kontrollerar. Det är vanligt att det uppstår slitningar och negativa inställning mellan olika instanser som idealt sett skall samarbeta. Det här kan bero på svåra och oklara målsättningar, och syndabocksteorier har lätt för att få fotfäste under sådana förhållanden

(Repstad, 1998).

Vårdens organisatoriska uppbyggnad gör att missbrukare med svår psykisk störning faller mellan två vårdsektorer och två huvudmannaskap, landstinget och kommunen. Dessa huvudmannaskap har skild ekonomi, liksom skild administrativ och politisk ledning, vilka ofta inte kan enas om hur resurser och kompetens bäst kan användas eller hur kostnader för olika insatser bör fördelas mellan de båda sektorerna. Inom de båda sektorerna har man olika arbetskultur, synsätt, utbildningar, språkbruk och verksamhetsmål, därför krävs klargörande av behov och ansvarsgränser, respekt för varandras yrkeskunnande, samordning av resurser och kompetens, vidareutbildning och handledning av personal samt utveckling av gemensamma arbetsmetoder. För att kunna ge bra vård till psykiskt störda missbrukare krävs inte nya resurser till vården, utan det handlar om att bättre utnyttja de resurser som redan finns genom kunskapsutveckling och samverkan (SoS-rapport , 1996:14).

Det är inom kunskapsområdet som de största problemen återfinns. En viktig del av en verksamhetskultur består av olika sätt att förstå och rama in ett problem, alltså vilken verklighetsuppfattning som dominerar. Det råder stora olikheter mellan psykiatrin och socialförvaltningen när det gäller detta. De olika huvudmännen har en organisation av sin verksamhet som motsvarar de politiska mål och lagar som reglerar verksamheten. Socialtjänstens organisation bygger bl. a. på det huvudansvar för kommuninvånarna som den har enligt lagstiftning. Organisationen präglas av en strävan att decentralisera verksamheten och få ut den så nära medborgarna som möjligt. Den psykiatriska verksamheten är ofta organiserad efter helt andra principer, människor som har behov av dess tjänster söker sig eller blir remitterade till denna decentraliserade specialistkompetens. Organisationerna har också olika principer för den interna hierarkin. Psykiatrin har en tydlig uppdelning mellan den professionella och förvaltningsmässiga kompetensen vilket möjliggör en tydligare beslutsordning. Socialtjänsten saknar en profession med tydliga maktbefogenheter. Dessa olikheter kan antas påverka samverkan så att en obalans och oklarhet råder i var de aktuella besluten inom organisationerna tas (Danermark & Kullberg, 1999).

De båda fälten; socialtjänsten och psykiatrin, har skilda historiska förutsättningar, det har

utvecklats olika former av institutionell epistemologi inom verksamheterna. Med begreppet institutionell epistemologi menas att de kunskaper som produceras och reproduceras inom verksamheterna är relaterade till det nät av roller och normer som utgör själva organisationen. Villkoren för produktionen av trovärdiga kunskaper varierar med andra ord mellan de deltagande institutionerna. De har skilda institutionella sfärer eller ordningar som utgör grunden för de kunskapsformer, trosföreställningar och beteenden som verksamheten bygger på och detta är en möjlig grogrund för missförstånd och konflikter mellan företrädare för verksamheterna (Brante, 1995, se Danermark & Kullberg, 1999).

Ytterligare ett problem är det som tycks uppstå i mötet mellan socialtjänst och psykiatri, att det finns en skillnad mellan socialtjänsten och psykiatrin när det gäller bedömningar av klienterna. Fälten har olika kriterier när det gäller att förstå frågan om när individen är sjuk eller fungerar normalt. Socialtjänsten utgår ifrån ett normaliseringsperspektiv, där frågan om individens funktionsgrad är viktigast, medan psykiatrins definitioner grundas i ett sjukdomsperspektiv där patologiska störningar är grundläggande (Danermark & Kullberg, 1999).

Förändringar i organisationer innebär ofta belastning och ansträngning för de anställda. De kan t.ex. tycka att de har ”stabiliserat” sig själva och sin verksamhet på en nivå som de upplever som acceptabel. Ofta går en förändring av verksamhetens mål, i en människoförändrande verksamhet, i riktning mot att ett konkret mål blir dominerande, detta mål kan vara att anpassa klienten att fungera som organisationen förutsätter. Om personalen sedan får kritik är det naturligt att personalen känner obehag och att det utvecklas, medvetet eller omedvetet, försvarsstrategier. Problemförskjutning kan vara en effektiv manöver för att undvika förändring. En speciell variant av problemförskjutning är att utse en syndabock. Syndabocksteorier uppstår lätt i organisationer där produktionsresultat och måluppfyllande inte är direkt mätbart, t.ex. inom människoförändrande och omsorgsinriktade verksamheter inom vård- och socialsektorn. Intellektualisering är ytterligare ett sätt att värja sig mot kritik och förändring, och då tas problemet visserligen upp, men utan personligt engagemang. Ett exempel på detta kan vara att säga: ”i organisationer av vår typ uppstår lätt vissa problem, och vi har också haft en del problem men de är övervunna nu”, följden blir att man inte talar om problemet längre trots att det kanske fortfarande finns kvar (Repstad, 1998).

2.5 Ideal samverkan

Vården av människor med svår psykisk sjukdom eller störning fungerar inte tillfredsställande. Om dessa personer också har missbruksproblem behöver de ofta samordnade och långvariga insatser från psykiatrin, beroende- vården, kroppssjukvården och socialtjänsten. Som det ser ut idag har inte dessa insatser samordnats och det saknas ett helhetsperspektiv. En del faktorer som behövs för att vården för denna grupp ska ge bättre resultat är t.ex. mer samordnade och evidensbaserade insatser. De olika huvudmännen bör arbeta för en utveckling mot evidensbaserad vård, där man följer upp och utvärderar de egna resultaten. En annan förändring, som skulle underlätta insatser för psykiskt funktionshindrade missbrukare, uppger Socialstyrelsen vara skapandet av en gemensam nämnd för vård och omsorg av denna grupp. Denna nämnd skulle underlätta riktade resurser och insatser utifrån patientens behov utan hänsyn till administrativa gränser. Forskning inom området bör stimuleras (Socialstyrelsen, no 31, 2003).

Socialstyrelsen föreslår ett antal förbättringsåtgärder. Dessa är t.ex. att landstingen bör upprätta vårdinsatser som är anpassade till psykiskt funktionshindrade missbrukare. Personalen som arbetar med dessa vårdinsatser behöver ha specialkompetens och tillgång till både akuta och långsiktigt planerade vårdmöjligheter. Vården av denna grupp måste organiseras i ett samarbete mellan psykiatri, socialtjänst och landstingets missbruksvård. Socialstyrelsen påpekar vidare att uppsökande verksamhet behöver komma till stånd. Denna uppsökande verksamhet bör utföras i gemensamma team med personal från både socialtjänst och psykiatri. Det behöver göras en skärpning i enlighet med lagstiftning när det gäller nödvändigheten med en samlad vårdplanering. Vid vårdplaneringen ska, förutom individen själv, berörda myndigheter och vårdgivare delta. Individuella vårdplaner, i samverkan med berörda vårdgivare och individer, ska upprättas. Av dessa vårdplaner ska det framgå vem som har ansvar för vilka insatser och hur avvikelser från planen och uppföljning av densamma ska ske. Socialstyrelsen påpekar att boendesituation och sociala insatser ska vara självklara inslag i planen. Socialstyrelsen avser att presentera gemensamma nationella riktlinjer för vården av psykiskt sjuka missbrukare. Arbetet med dessa har redan påbörjats (Socialstyrelsen, no 31, 2003).

1995 års psykiatrireform genomfördes för att försöka förbättra psykiskt funktionshindrades

situation i samhället och bland annat stimulera utbyggnaden av bostäder och utveckla dagliga verksamheter. Det är ett försök att förbättra livsvillkoren för de psykiskt funktionshindrade ute i samhället (Socialstyrelsen, 1995).

I Valfärd och valfrihet? Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatri reform (1999) påtalar Socialstyrelsen att de olika huvudmännen tillsammans bör satsa på gemensam fortbildning, handledning och gemensamma projekt. Syftet med detta ska vara att underlätta för en ökad samsyn och ett gemensamt förhållningssätt. Vidare anser Socialstyrelsen (1999) också att huvudmännen oftare bör använda sig av gemensam finansiering av vård- och stödinsatser till psykiskt funktionshindrade med missbruk. Socialstyrelsen hävdar att oenighet mellan socialtjänsten och psykiatrin när det gäller betalningsansvar kan få till följd att den enskilde far illa. Slutligen nämns också att lokala avtal och vid behov även säravtal utifrån särskilda behovssituationer kan underlätta för samverkan mellan huvudmännen (Socialstyrelsen, 1999).

I sitt arbete om samverkan beskriver Danermark & Kullberg (1999) fyra principer, hämtade från psykiatriutredningen, som anser vara grundläggande i arbete med att förändra vården till de psykiskt störda. Dessa förbättringar är som följer:

Heltäckande behovsbedömningar utifrån individernas egna val ska vara vägledande i arbetet med psykiskt funktionshindrade. En *individuell planering* som specificerar vilka instanser som ska ansvara för de olika insatserna samt ser till individens behov ska eftersträvas. Vidare *ska en organisation ha det övergripande ansvaret* för alla vårdinsatser och ett *personligt ombud* som ska hjälpa den enskilde ska utses.

Danermark & Kullberg (1999) beskriver också de saker man i Psykiatrins slutbetänkande (SOU 1992:73) anser bör förändras för att en god samverkan ska kunna skapas. Författarna nämner t.ex. att psykiatrins och socialtjänstens attityder till varandra bör förändras för att ett gott samarbetsklimat ska kunna uppstå. Åtgärder som också föreslås är gemensam utbildning, ett ökat antal möten och kontakter, praktik inom varandras verksamheter och gemensamt drivna projekt.

I Psykiskt störda missbrukare (SoS-rapport 1996:14) kan vi läsa om hur samverkan bör se ut utifrån regeringens proposition Psykiskt stördas Villkor (1993/94:218). Där påtalas att det idag

saknas både tillräckliga resurser och erforderlig kompetens för att arbeta med psykiskt funktionshindrade missbrukare. För att få ett bra behandlingsresultat måste flera personalkategorier med olika kompetens samverka kring individen. Vidare nämns att resursförstärkningar måste till. Det anses även att psykiatrin och socialtjänsten bör stimuleras till att utveckla och förstärka sina insatser i arbetet med denna grupp. Förslag på hur detta kan ske ges också och däribland nämns t.ex. att parterna kan bilda lokala samverkansgrupper för att ta fram gemensamma vårdplaner för de enskilda patienterna. I propositionen påpekas att grundförutsättningen för arbetet ska vara att psykiatrin och socialtjänsten har ett gemensamt ansvar för psykiskt funktionshindrade missbrukare (SoS-rapport 1996:14).

2.6 Avgränsning

Psykiskt funktionshindrade missbrukare hamnar ofta i ett ingenmansland mellan socialtjänstens och psykiatrins ansvarsområden. De två huvudmännen har skild ekonomi, skild administrativ och politisk ledning, vilka ofta inte kan enas om hur resurser och kompetens bäst ska användas eller om hur kostnaderna bör fördelas mellan de båda sektorerna. Övergripande avtal har tecknats mellan kommuner och landsting när det gäller genomförandet av psykiatrireformen. Dessa överenskommelser gäller ansvar för individer, överföring av resurser, betalningsansvar, gemensam kompetensutveckling m.m. (SoS-rapport, 1996:14).

Ansvar för personer med dubbeldiagnoser är uppdelat på två huvudmän, landstinget ansvarar för avgiftning, korttidsvård och vid behov psykiatrisk behandling, medan kommunen ansvarar för sociala insatser och missbruksvård. Enligt gällande lagstiftning framgår hur ansvarsfördelningen ska se ut, men att det ändå råder förvirring och oklarhet hos de båda huvudmännen, vilket leder till att många personer med dubbeldiagnoser faller mellan stolarna (Jansson, 2002).

Ansvarsfördelningen mellan kommun och landstinget ser ut som följer efter att psykiatrireformen trädde i kraft 1995; kommunerna har ansvar för personer med psykiskt funktionshinder när psykiatrin har bedömt dem vara medicinskt färdigbehandlade. Medicinskt färdigbehandlad innebär att patienten för närvarande inte kan bli bättre av sjukhusvård. Tillsammans ska landstinget och kommunen ha ansvar för att skapa psykosociala verksamhetsformer där varje människa ses som en helhet där hennes psykiska, fysiska, sociala och andliga behov tillvaratas.

Den aktiva vården, d.v.s. slutenvård på sjukhus och öppenvård på psykiatriska mottagningar, är landstingets ansvar. Kommunens ansvar är sociala insatser (Blume, Lundström & Sigling, 1998).

Kommunen har det yttersta ansvaret för samordningen av olika insatser när det gäller stöd, service och rehabilitering av psykiskt funktionshindrade. Kommunen har också ansvar för att det görs en behovsbedömning och att det finns en individuell planering när det gäller sociala insatser. Det finns idag oklarheter om hur ansvaret är fördelat och för att förbättra samverkan måste detta tydliggöras. Om inte ansvaret definieras kan det resultera i dubbelarbete eller att olika myndigheter motarbetar varandra. Sjukvården ska ansvara för vård och behandling och socialtjänsten ska verka för att personer med handikapp får möjlighet att delta i samhällslivet på lika villkor som andra (Saxon & Bernström, 1998).

Individer med dubbelproblematik upplever ofta svårigheter att få samordnad hjälp för sina problem. Dessa patienter/klienter är ofta aktuella såväl inom psykiatri som missbruksvården. Psykiatri hänvisar ofta till missbruksvården som första led om dubbelproblematik upptäcks, medan missbruksvården bortser ifrån eller avvisar ibland samtidig förekomst av psykiatriska funktionshinder och betonar själva missbruket. Behandlingen i dessa fall sker i tur och ordning eller parallellt och det är patienten själv som får stå för en eventuell samordning. Ansvaret för att samverka kring personer med dubbeldiagnoser kommer till stånd ligger på kommunen. Psykiatrians ansvar ska vara att erbjuda korttidsvård och avgiftning samt fortsatt vård av missbrukare med svåra psykiska störningar (Öjehagen & Berglund, 2000).

2.7 Lagstiftning

Socialtjänstlagen (i fortsatt framställning benämnd som SoL) är en ramlag och reglerar områdena försörjningsstöd och annat bistånd till vuxna, omsorgen av handikappade, missbruksvård, vård om barn och ungdomar samt barnomsorg. Hälso- och sjukvårdslagen (i fortsatt framställning benämnd som HSL) är också en ramlag och reglerar all hälso- och sjukvård, d.v.s. både offentlig och privat. Den omfattar också öppen- och slutenvård samt tvångsvård (Danermark & Kullberg, 1999).

I HSL 3§ står att varje landsting ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta

inom landstinget. Vidare står det att landstingets ansvar inte omfattar sådan hälso- och sjukvård som en kommun inom landstinget har ansvar för enligt 18 § första och tredje styckena. Detta innebär att landstinget ej har ansvar för inrättandet av särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor som behöver särskilt stöd eller bostäder med särskild service för människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring, utan detta är kommunens ansvar.

Det är också kommunens ansvar enligt HSL att erbjuda en god hälso- och sjukvård i samband med dagverksamhet för personer som bor i ovan nämnda boenden. Landstinget får också överlåta skyldigheten att erbjuda hemsjukvård till en kommun inom landstinget om regeringen medger det och kommunen och landstinget kommer överens om det. Vidare skrivs i 3 § HSL att landstinget får träffa överenskommelse med kommun, den allmänna försäkringskassan och länsarbetsnämnden om att inom ramen för landstingets uppgifter enligt HSL samverka i syfte att uppnå effektivare användning av tillgängliga resurser. Landstinget ska bidra till finansieringen av den verksamhet som bedrivs i samverkan. Kommunens ansvar enligt HSL är förutom ovan nämnda att också erbjuda habilitering, rehabilitering och hjälpmedel för funktionshindrade i samband med sådan hälso- och sjukvård som anges i 18 § första och tredje styckena .

Enligt SoL 2 kap 6 § får kommunen träffa överenskommelse med landstinget, den allmänna försäkringskassan och länsarbetsnämnden om att samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. Detta ska ske inom ramen för Socialtjänstens uppgifter. Vidare står det i SoL 3 kap 4 § att socialnämnden genom sin uppsökande verksamhet ska upplysa om Socialtjänsten och erbjuda grupper och enskilda sin hjälp. I efterföljande paragraf står att insatser för den enskilde ska vid behov utformas i samverkan med andra samhällsorgan, organisationer och föreningar. När det gäller människor med funktionshinder ska Socialnämnden enligt 5 kap 8 § göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena för personer med psykiska och fysiska funktionshinder och i sin uppsökande verksamhet upplysa om socialtjänstens verksamhet på dessa områden. Kommunen ska planera sina insatser för denna gruppen av människor. I planeringen ska kommunen samverka med landstinget samt andra samhällsorgan och organisationer.

Lagstiftningen som reglerar psykiatrin är mer avgränsad än för socialtjänsten. HSL ska erbjuda

kommuninvånarna god hälso- och sjukvård, medan SoL har ansvaret för att invånarna får det stöd och den hjälp de behöver. De två lagstiftningarnas räckvidd innebär en risk för gränsdragningsproblem. Lagstiftarna har också uppmärksammat problemet men har avstått från att reglera detta utan hänvisar till samverkan som ett sätt att uppnå de angivna målsättningarna. Socialtjänsten har ett omfattande ansvar för medborgarna. Eftersom psykiatrin utgörs av en specialistkompetens kan de remittera sådana ärenden de inte anser sig ha resurser för till en mer generell kompetens. Socialtjänsten kan inte göra detta eftersom det inte finns någon aktör med mer generell kompetens än socialtjänsten. När det gäller personer med psykiska problem måste socialtjänsten lita på den expertis som finns inom psykiatrin. När patienten enligt psykiatrin är färdigbehandlad får socialtjänsten ta över. Kommunen har i förhållande till andra myndigheter det yttersta ansvaret i sociala frågor (Danermark & Kullberg, 1999).

Socialtjänsten är inte som är fallet med läkarkåren i psykiatrin, skild från övrig administrativ verksamhet, formellt sett har socialsekreterare ingen egen beslutordning där de med kraft av sin uppnådda status och professionalitet är suveräna. Arbetet är underordnat en förvaltningsmässig hierarki där politiker och förvaltningsdomstolar överprövar de beslut som fattas i pågående arbete. Inom psykiatrin är läkarens professionalitet däremot avgörande. Inom socialförvaltningen har de delegerad beslutsrätt och besluten är en politisk fråga. Inom psykiatrin är det läkaren som har det yttersta ansvaret och därmed makten över besluten, läkaren beslutsansvar är helt självständigt och knutit till hans eller hennes legalt fastställda professionella ansvar. Besluten är en professionell fråga som är baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet. Makten är med andra ord mycket olika fördelad inom socialtjänst och psykiatri (Danermark & Kullberg, 1999).

Presentation av organisationer och intervjupersoner

Vi har vid fem tillfällen intervjuat fem personer som arbetar inom landstingspsykiatrin i Hässleholm. Och vi har också vid fem tillfällen intervjuat sju personer som arbetar inom socialförvaltningen och omsorgsförvaltningen i Hässleholms Kommun. Intervjuerna utfördes under tiden v. 46-49 år 2003.

3. Verksamhetsbeskrivningar

Beskrivningen av dessa verksamheter är gjord utifrån material inhämtat från de 10 intervjuer vi

har gjort.

3.1 Vuxenenheten på Socialförvaltningen i Hässleholm

Vuxenenheten är en av fem enheter på Socialförvaltningen i Hässleholm. Enhetens målgrupp är vuxna från 21 år med olika typer av sociala problem t.ex. missbruk. De har en enhetschef som vi har intervjuat och ett utredningsteam som består av en gruppleddare och två socialsekreterare, dessa har vi också intervjuat. Utredningsteamet arbetar med handläggning enligt socialtjänstlagen och lagen om vård av missbrukare i vissa fall. Deras arbete består av att göra utredningar efter anmälningar och ansökningar samt följa upp och utvärdera både externa och interna insatser. De insatser de har till sitt förfogande är de ovan nämnda samt möjligheten att tillsätta kontaktperson, anlita behandlingshem, familjehem mm. Socialsekreterarna kan bl.a. fatta beslut om att remittera klienter till praktikplats, extern öppenvård, ekonomiska beslut om fickpengar etc. vid placeringar m.m. De ger också förslag till beslut vad gäller institutionsplaceringar och familjehem och sedan tar socialnämnden beslut. Ordföranden i nämnden fattar beslut om omedelbart omhändertagande. Inom vuxenenheten finns också flera verksamheter som vi inte kommer att ta upp då de inte är relevanta för vår uppsats.

3.2 Den kommunala psykiatrin inom Omsorgsförvaltningen

Den kommunala psykiatrin är organiserad som en beställar- utförarorganisation där en psykiatrihandläggare, gör utredningar, behovsbedömningar och tar beslut. Det finns också en enhetschef och verkställare, som har ansvar för att besluten blir verkställda. Enhetschefen har också ansvar för budget och personal. Inom den kommunala psykiatrin arbetar också en psykiatrisjuksköterska. Vi har intervjuat de tre anställda inom den kommunala psykiatrin.

Insatser som den kommunala psykiatrin kan erbjuda sina klienter är:

Boendestöd, kontaktperson, Ljusglimten - en dagverksamhet för psykiskt funktionshindrade, bostad med särskild service ska erbjudas personer som inte klarar sin dagliga livsföring i det egna hemmet och som har behov av omfattande omsorg och vård samt bostad med särskild service för psykiskt funktionshindrade där personal finns tillgänglig dagtid måndag till fredag.

3.3 Psykiatrin i Hässleholm

Psykiatriska kliniken inom Hässleholms sjukhusorganisation har verksamhet i Hässleholms och

Kristianstads sjukhusområden. Den psykiatriska kliniken innefattar allmänpsykiatri, en enhet för särskilt vårdkrävande och barn- och ungdomspsykiatri. Upptagningsområdet består av Nordöstra Skånes sex kommuner med totalt 170 000 invånare.

Den allmänpsykiatriska öppenvårdsverksamheten består av två team med tvärdisciplinär kompetens. Teamen består bl.a. av läkare, psykologer, psykoterapeuter, kuratorer, sjuksköterskor och sekreterare. Överläkaren som vi har intervjuat arbetar i Team 1, och har hand om patienter boende i Osby och halva Hässleholm och det andra teamet har hand om patienter boende i Perstorp och andra halvan av Hässleholm. Vi har också intervjuat en utredningssekreterare.

Den akutpsykiatriska verksamheten är förlagd till Kristianstad liksom en intagningsavdelning samt en allmänpsykiatrisk vårdavdelning. Till akutmottagningen är ett mobilt akutteam knutet. I Hässleholm finns även en allmänpsykiatrisk vårdavdelning, avdelning 12, där vi intervjuat enhetschefen.

Enheten för särskilt vårdkrävande, avdelning 11 där vi intervjuat enhetschefen, har sin verksamhet i Hässleholm. Denna enhet svarar framförallt för behandling och rehabilitering av till psykiatrisk vård dömda patienter, men även för behandling och rehabilitering av övriga tvångsvårdade patienter med speciella psykiatriska behov.

Övergripande funktionella team har etablerats med inriktning mot specifika problemområden såsom t.ex. invandrare och traumatiserade flyktingar, psykiatrisk rehabilitering, suicidprevention, unga vuxna, ätstörningar m.m.

Inom psykiatrin finns också öppen psykiatrisk rehabilitering, vi har intervjuat en sjuksköterska som arbetar där. Det är en daglig verksamhet för personer med psykisk ohälsa där de eftersträvar en accepterande miljö och lägenheten där verksamheten finns är uppbyggd likt en privat bostad. De strävar efter att ha ett lågt känslotryck, vilket bland annat innebär en accepterande miljö där man ser till individens resurser. Psykiatrisk rehabilitering är ett sätt att höja funktionsnivån i såväl personlighet som sociala och arbetsmässiga avseenden. Behandlingens syfte är att öka personens möjligheter att påverka relationer till andra människor och omgivningar, samt att själv

på ett bättre sätt kunna hantera egna känslor och upplevelser.

4. Resultatredovisning av intervjuer

4.1 Hur ser samverkan ut mellan omsorgsförvaltning, socialförvaltning och landstingspsykiatri i Hässleholm?

4.1.1 Socialförvaltningen, Vuxenheten

Enhetschefen berättar att det pågår en utredning om förändring. Eventuellt kommer den kommunala psykiatrin att flyttas från omsorgsförvaltningen till socialförvaltningen. Detta skulle bidra till att samordna psykiatri och socialförvaltning. Samverkan finns på olika nivåer. Om den kommunala psykiatrin kommer in blir det lättare att samarbeta. Landstingspsykiatrin är inte ovilliga till samarbete.

Gruppledaren uppger det har kommit många direktiv uppifrån om att det ska finnas samverkan. En gång i månaden har de samverkansmöte på initiativ från landstingspsykiatrin. Detta möte kallas Hässleholmsdialogen och där ingår slutenvården och öppenvården inom psykiatrin, ekonomiskt bistånd, vuxenheten, försäkringskassan, arbetsförmedlingen, vårdcentralerna samt sjuksköterska, handläggare och verkställare från omsorgen. Nu finns det en grupp, kallad SOP-gruppen (socialförvaltning, omsorgsförvaltning och psykiatri), som träffas var 14:e dag och denna grupp ska finnas kvar fram till mars då en samverkansplan ska vara klar.

4.1.2 Den kommunala psykiatrin

Psykiatrihandläggaren berättar att hon har möte med landstingspsykiatrin varannan vecka där får hon en del ärenden och lämnar information om andra. Hon uppger vidare att den kommunala psykiatrin eventuellt ska gå över till socialförvaltningen 040701. Detta har beslutats av förvaltningscheferna, men kommunstyrelsen har ännu ej fattat beslut i saken. Det har varit ett gott samarbete med socialförvaltningen. Samverkan fungerar bättre i Hässleholm än i storstäderna eftersom parterna känner varandra och har nära till varandra. Några klienter med dubbeldiagnoser bor i omsorgsförvaltningens boende med stöd från socialförvaltningen och ibland är det tvärt om. Hur samarbetet fungerar beror på personerna som ska samverka. Vissa går det bra med och andra är hopplösa.

Enhetschefen uppger att den kommunala psykiatrin eventuellt ska gå över till socialförvaltningen. Den kommunala psykiatrin har samverkansträffar med landstingspsykiatrin varannan vecka. På samverkansträffen är enhetschefen och handläggare på omsorgsförvaltningen, överläkare, sjuksköterska från både öppen- och slutenvården inom landstingspsykiatrin närvarande. Sakerna de tar upp kan vara dubbelproblematik, trippelproblematik, individärenden mm. Samverkan sker också genom nätverksträffar med/angående enskilda klienter. Dessa träffar sker vid behov t.ex. för att förhindra inläggning på den psykiatriska avdelningen, genom att man tar itu med problemen på ett tidigt stadium. Enhetschefen tycker att dessa nätverksmöten fungerar bra. Region Skåne gör samarbetsavtal med sex kommuner, sedan gör varje kommun sitt lokala samarbetsavtal eftersom organisationen i kommunerna ser olika ut. De gamla samarbetsavtalen som kommunerna haft har varit otydliga, särskilt vad gäller arbetet med missbruk. Ingen från vuxenheten på socialförvaltningen har varit med när samarbetsavtalen har skrivits och därför har det blivit flummigt. Nya samarbetsavtal är under bearbetning. Enhetschefen tycker att den kommunala psykiatrin har haft ett bra samarbete med landstingspsykiatrin. Samarbetsavtalet med socialförvaltningen fungerar inte, utan samarbetet finns istället på handläggarnivå. På sista tiden har det blivit mycket samtal om att samarbeta. De har mer nätverksmöten som sammankallas när det behövs.

Psykiatrisjuksköterskan berättar att han är med på samverkansmöte var 14:e dag. Det finns också samverkansmöte mellan landstingspsykiatrins dagsjukvård och den kommunala psykiatrins öppenvård Ljusglinten. Vidare finns också Hässleholmsdialogen som är en samverkansgrupp. Samarbetet med landstingspsykiatrin fungerar bra. Psykiatrisjuksköterskan har arbetat inom landstingspsykiatrin i 20 år och har därför öppna dörrar in. Han har en personlig allians med regionen och därför inga problem med samarbetet. Samarbetet med socialförvaltningen fungerar också bra. Han är där tre till fyra gånger i veckan och fungerar som en konsult i klientärenden.

4.1.3. Landstingspsykiatrin

Utredningssekreteraren berättar att psykiatrin och omsorgsförvaltningen träffas var 14:e dag på psykiatriska kliniken för gemensam planering för inläggande patienter samt för kända personer. Vidare berättar hon att gemensamma vårdplaneringar med omsorgsförvaltningen och psykiatrin,

görs tillsammans med patienten och ibland närstående när det gäller personer som är inlagda på avdelningen innan de skrivs ut. Det finns ett resursteam bestående av sjuksköterska från psykiatri och omsorgsförvaltningen som kan åka hem till personer som mår dåligt och göra en första bedömning - för fortsatt planering eller inskrivning för vård inom psykiatri.

Psykiatri sitter med som en av deltagarna i en grupp som heter Hässleholmsdialogen och har möte en gång i månaden. Med i denna grupp finns också socialförvaltningen, omsorgsförvaltningen, försäkringskassan, arbetsförmedlingen och primärvården. Målet med denna grupp är att det skall bli ett smidigt samarbete, att man skall veta vem man ska ringa till och vem som har ansvar för vad. Psykiatri samverkar mer med omsorgsförvaltningen än med socialförvaltningen, eftersom de flesta patienter som har psykoser inte har något missbruk. Utredningssekreteraren upplever att samverkan kan bli bättre, hon tycker att det är viktigt med personkännedom och känner man personen man skall samarbeta med blir det inga problem. Utredningssekreteraren säger att samverkan handlar om att ha fasta tider för möten och att träffas. Det är lättare att sitta och samtala tillsammans med någon man känner vid samverkan, man skall kunna ringa sinsemellan och arbeta mot samma mål.

Enhetschefen för avdelning 12 berättar att öppen- och slutenvården samarbetar med kommunen och träffas var fjortonde dag för att diskutera aktuella patienter, detta är en organiserad samverkan. Det förekommer också individsamverkan, där kontakt tas med t.ex. handläggare på socialförvaltningen. Det finns en del personer från landstingspsykiatri som har börjat arbeta på kommunen och eftersom man då känner varandra blir det mer samverkan. Samverkan med socialförvaltningen fungerar ganska bra.

Sjuksköterskan säger att för att samverkan skall kunna fungera krävs aktivt arbete från båda parterna. Man måste titta på vilka resurser varje part har att erbjuda och hur man får ihop resurserna bäst för individen. Det är lättare att personer med dubbeldiagnoser faller mellan stolarna i storstäderna, eftersom det där är svårt att samla olika huvudmän till möten. Var 14:e dag är det ett 45-minuters möte på psykiatriska kliniken där alla läkare, personal från sluten- och öppenvården, omsorgsförvaltningen och socialförvaltningen deltar. Psykiatri kan gå in mycket tidigare så att klienterna slipper bli inlagda eller att det blir akuta och därmed kortsiktiga

lösningar. Man kan diskutera boende, stöd och utskrivning och socialsekreterarna har möjlighet att lyfta upp ärenden. Det finns också möjlighet till gemensamma nätverksmöten vid behov.

Enhetschefen för avdelning 11 uppger att samverkan generellt sett fungerar bra. Enhetschefen med på vissa samverkansmöten, men annars är det en kurator från psykiatrin som medverkar i de flesta.

Överläkaren försöker sätta sig ner och göra planeringar med patienter och socialsekreterare i Hässleholm. Hon gör en del gemensamma planeringar och uppföljningar med ungdomssekreterarna på socialförvaltningen. Överläkaren har också träffat två socialsekreterare på vuxenenheten på socialförvaltningen i patientärenden. Man kan ha massa möten utan patienten men det blir mindre produktivt. Möten med flera parter samtidigt är fruktbart och bra. Innan hänvisade Överläkaren patienter till socialförvaltningen mycket mer men det gör hon inte längre, istället föreslår hon träffar. Överläkaren säger att hon inte har något regelbundet samarbete med omsorgsförvaltningen, men hon hoppas på att få. Samverkan mellan henne och omsorgsförvaltningen flyter inte friktionsfritt ännu. Överläkaren har samverkan på individnivå men deltar inte i samverkan på någon högre nivå.

4.2 Hinder och möjligheter för samverkan

4.2.1 Socialförvaltningen, Vuxenenheten

Enhetschefen uppger att en möjlighet för att förbättra samverkan är om den kommunala psykiatrin flyttar in till socialförvaltningen. Ett hinder för samverkan är pengar. Det kan kosta 2000-3000kr per dygn att ha klienter på institution och socialförvaltningen får förhandla med psykiatrin om vem som ska betala. Det handlar om stora summor eftersom vissa klienter måste vara placerade livet ut. Vuxenenheten samarbetar med den psykiatriska öppenvården, de hjälps åt med öppenvård, vilket fungerar jättebra. Det finns en vilja att samarbeta och dessa interna insatser kostar inget extra eftersom resurserna redan finns. Det är de externa insatserna som ställer till problem. Det finns en metodskillnad inom psykiatrin och socialförvaltningen. Socialförvaltningen har ett mer kortsiktigt tänkande. I vissa fall tar terapin på psykiatriska kliniken 10 år och en del klienter kan inte vänta tio år på att terapin ska ge resultat.

Socialförvaltningen arbetar lösningsfokuserat, vilket de också gör på dagcentret för öppen psykiatrisk rehabilitering, medan slutenvården använder sig av psykoanalys. Lösningsfokuserad terapi är en korttidsterapi. Socialförvaltningen och psykiatrin har också olika syn på klienterna. Socialförvaltningen har ett klientperspektiv och psykiatrin har ett expertperspektiv, med diagnoser och behandlingsförslag, vilket klienten inte alltid köper. Psykiatrin har inte samma infallsvinklar och kultur som socialförvaltningen. Det brukar finnas en "hönan och ägget" - diskussion, dvs. att socialförvaltningen menar att klienterna missbrukar p.g.a. psykiska funktionshinder och psykiatrin menar att de psykiskt funktionshindrade mår dåligt p.g.a. missbruket.

Ett annat hinder är att psykiatrin inte kan arbeta med klienterna om inte missbruket har behandlats först. I vissa fall kräver psykiatrin dokumenterad drogfrihet i tre månader innan psykoterapi kan påbörjas. Psykiatrin har viljan att hjälpa till, men de har snävare ramar och mindre resurser.

Gruppledaren säger att ett hinder för samverkan är problemet med kostnaderna. Det är också ett problem att man ej får tag på personalen inom landstingspsykiatrin. Psykiatrisjuksköterskan som nyligen har börjat arbeta inom den kommunala psykiatrin är en klippa, eftersom han tidigare har arbetat inom landstingspsykiatrin och kan bakvägarna in. Hinder kan också många gånger vara personliga, så som brist på utbildning och att man vet för lite om varandras arbete. Det kan t.ex. vara att de på socialförvaltningen kan tycka att omsorgsförvaltningen fattar beslut godtyckligt, medan de på omsorgsförvaltningen tror att socialförvaltningen kan tvångsomhänderta hur som helst. Socialförvaltningen och omsorgsförvaltningen har olika arbetssätt och olika lagar. Omsorgsförvaltningen och socialförvaltningen tolkar socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) olika. En möjlighet för att förbättra samverkan är att den kommunala psykiatrin slås ihop med socialförvaltningen för att de då kommer att finnas under samma förvaltning.

Socialsekreteraren säger att samarbetet mellan den kommunala psykiatrin och socialförvaltningen kanske kommer att fungera bättre nu, efter omstruktureringen, då de kommer att ha en gemensam budget.

4.2.2 Den kommunala psykiatrin

Psykiatrihandläggaren menar att det blir bättre när den kommunala psykiatrin går över till socialförvaltningen eftersom pengarna då kommer ifrån samma påse. Det finns stora kostnader när det gäller klienter med dubbeldiagnoser. En möjlighet för att förbättra samverkan är att man kan lära sig mycket av varandra som handläggare, när omorganiseringen sker, och den kommunala psykiatrin går över till socialförvaltningen. Samarbetet kommer antagligen att fungera bra när verksamheterna har så nära till varandra. Detta kommer förhoppningsvis att leda till att klienterna får heltäckande insatser och behoven blir bedömda med hjälp av båda kompetenserna, missbruk och psykiatri.

Hinder för all samverkan är pengar och diskussioner om vilket som orsakar vad, dvs. om det är det psykiska funktionshindret som får klienten att missbruka eller om det är missbruket som ligger till grund för det psykiska funktionshindret. Ett annat hinder för samverkan är arbetsbelastningen. Klienterna kommer först för psykiatrihandläggaren, hon prioriterar inte möten om samverkan som inte berör henne framför klienterna, man kan inte vara på arbetsplatsen mer än åtta timmar om dagen.

Enhetschefen anser att definitionen av dubbelproblematiken är ett hinder för samverkan. Det blir en "hönan och ägget" - diskussion. Enhetschefen tycker att problematiken resulterar i tråkiga diskussioner. Hon säger vidare att det inte går att få slut på diskussionerna förrän psykiatrin och kommunen har en och samma huvudman. Problem med samverkan kring personer med dubbelproblematik ligger i bollandet med ansvar mellan olika huvudmän och olika pengapåsar. Ytterligare ett hinder för samverkan är att samverkansgrupperna har varit av olika konstellationer och att samarbetsavtalen har varit otydliga. Ett hinder är också att man pratar för mycket om samverkan istället för att göra det.

Möjligheter för samarbete är om organisationerna dvs. den kommunala psykiatrin och socialförvaltningen låg under samma politiker så att klienter med dubbelproblematik inte faller mellan stolarna. En annan möjlighet för att förbättra samverkan är nätverksträffar där man t.ex. kan ta itu med problemen tidigt och förhindra inläggning av klienterna på psykiatrisk avdelning.

Psykiatrisjuksköterskan menar att ett hinder är om man bara har diskussioner om samverkan istället för att samverka. Ett annat hinder är om man bestämmer sig för att leta efter gränser istället för möjligheter. All samverkan bygger på relationer och psykiatrisjuksköterskan anser att samverkan med landstingspsykiatrin fungerar så bra eftersom han har arbetat där i 20 år innan han började arbeta inom den kommunala psykiatrin.

4.2.3 Landstingspsykiatrin

Utredningssekreteraren anser att möjligheterna för samverkan förbättras om man känner personerna man ska samarbeta med och att man har fasta tider för möten. Hon ser jättemånga möjligheter med samverkan. Hennes vision är att kunna gå klientens väg och inte låta pengar hindra. När man samverkar med många parter kan det bli bråk p.g.a. pengar. Personer som samverkar måste känna varandra, kunna lita på varandra och arbeta mot samma mål samt kunna bilda ett nätverk runt klienten. Om man kan göra detta kan man få jättemycket vinster och det finns rejäla summor att vinna. Hinder för samverkan är ekonomin. Förvaltningarna måste prioritera dessa patienter och komma på mötena. Det är viktigt att parterna har samma människosyn. Alla är lika mycket värda och alla har rätt till behandling.

Enhetschefen för avdelning 12 menar att olika pengar gör att det blir konflikter. Ibland är det svårt att hitta rätt insatser och ibland är de kostsamma både för psykiatrin och för socialförvaltningen. Det är olika lagar som styr och detta är ett hinder då de olika parterna ej kan varandras lagar. Lagar och ekonomi kan vara både hinder och fördel. Andra hinder för samverkan kan vara att patienten inte har gett sitt medgivande till att bryta sekretessen, då kan ärendet inte tas upp i samverkansgrupper. Ytterligare ett hinder för samverkan kan vara om läkaren bedömer att patienten är färdigbehandlad, men kommunen inte tycker det eftersom patienten inte är riktigt bra ännu. Kommunen tycker då att psykiatrin inte tar sitt ansvar. Från psykiatrins håll kan de tycka att om patienten t.ex. hade boende och stöd kanske hon eller han inte skulle må dåligt längre. Det blir då konflikter om vad som är vad och vad som kommer först, lägenhet eller behandling?

Sjuksköterskan tycker att det är ett problem att den kommunala psykiatrin och

socialförvaltningen tillhör olika förvaltningar. Det blir tjafs om vem som ska ha hand om klienterna. Sjuksköterskan anser att den som inte kan samarbeta inte borde få arbeta i offentlig verksamhet. Det borde vara lag på att samverka. Ett annat hinder är tiden, alla är upptagna. Det är många möten på olika nivåer. Parterna tycker saker om varandras verksamheter, men vågar inte säga något om det till varandra. Det finns en samverkansgrupp som heter Hässleholmsdialogen som väl fungerar lite så och sådär, men det viktiga är att folk träffas annars händer det inget.

Enhetschefen för avdelning 11 menar att betalningen är ett hinder för samverkan.

Överläkaren anser att möten med flera parter samtidigt är fruktbart och bra. Man kan ha en massa möten utan patienten men det blir mindre produktivt. Tid och kultur anser överläkaren vara hinder för samverkan. Olika kulturer och olika uppdrag gör det svårt att samarbeta. Olika arbetsplatser har olika kulturer och de är inte alltid kompatibla i synsätt, arbetssätt och människosyn och då uppstår krockar. När det gäller tid säger överläkaren att det alltid är svårt att hitta en tid som passar alla och ju fler instanser som är inblandade desto svårare blir det.

Ett allvarligt hinder är den ekonomiska verkligheten. Psykiatri har inga vårdplatser och socialförvaltningen har inga pengar. Det blir allvarligare konflikter om parterna som ska samverka inte har pengar. Att dela på psykiatri och missbruk är ett problem. Om de hade haft samma huvudman hade inte så mycket samarbete behövts. Nu är det ibland en fråga om vem som först ska pröva sin tvångslag, psykiatri eller socialförvaltningen.

4.3 Hur skulle den ideala samverkan se ut?

4.3.1 Socialförvaltningen, Vuxenheten

Enhetschefen anser att den ideala samverkan skulle fås genom att slå samman alla verksamheter under statligt styre. Hon anser att det inte finns någon idealinsats eftersom det inte finns någon stereotyp klient. Det finns däremot beståndsdelar som är viktiga t.ex. sysselsättning, så som skapande verksamhet, och fler gruppboenden. Det är viktigt att erbjuda tak över huvudet, sysselsättning och någon att prata med.

Gruppledaren tycker att en gemensam pott skulle vara bra eftersom pengarna styr mycket. Hon skulle också vilja ha ett dubbeldiagnos-boende. Det finns t.ex. inget boende anpassat för de som är rullstolsbundna eller går med rullator. Socialsekreteraren anser att klienterna ska styra och inte resurserna.

4.3.2 Den kommunala psykiatrin

Psykiatrihandläggaren tror att en penningpung och en myndighet hade gjort att klienterna hade fått sina behov tillgodosedda oavsett gränsdragningar. Hon skulle önska ett boende med dygnet runt - personal, då klienter med dubbeldiagnoser ofta behöver detta.

Enhetschefen anser att en psykiatrisamordning kommer att ske och att det blir öronmärkta pengar från staten, med mer kontroll över pengarna, och att mer krav på samverkan mellan landsting och kommun kommer att underlätta.

Psykiatrisjuksköterskan säger att det är viktigt att man lär sig titta på möjligheter istället för på gränser. All samverkan bygger på relationer, man måste kunna skratta tillsammans. Brukarna har haft för lite inflytande, men börjar komma in mer och mer. Omsorgsförvaltningen och socialförvaltningen skulle ha varit under en och samma förvaltning.

4.3.3 Landstingspsykiatrin

Utredningssekreteraren anser att man måste ha klienternas bästa för ögonen och följa deras väg. Individerna måste tala om vad han eller hon vill göra och sedan får personalen titta på deras funktioner och resurser. Genom den här dialogen kan man lära sig att arbeta med motivation och arbeta med den ambivalens som finns hos patienterna. Man ska arbeta med denna pendling och kommunikationen samt bli friare i tanken än tidigare. Rehabilitering är ett hantverk, man måste ha fingertoppskänsla.

Enhetschefen för avdelning 12 säger att den ideala samverkan vore att verksamheterna hade samma pengapåse. Det är svårt med olika kostnader.

Sjuksköterskan anser att oavsett var man arbetar bör man ha kunskap om varandras lagstiftningar;

Socialtjänstlagen, Hälso- och sjukvårdslagen och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Det optimala vore att föra ihop Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen, men det finns många hinder för detta, framför allt rent etiska hinder, t.ex. med sekretess och människors personliga integritet. Alla måste ha utbildning i regelsystemet. Det borde vara ett obligatorium att folk träffas på rätt nivå. Det finns avtal för samverkan idag, men man måste ha det som metod att träffas och samverka. Idag beror det på handläggarens intresse för samverkan.

Enhetschefen för avdelning 11 säger att alla vet hur den ideala samverkan ska se ut, men ingen gör det. Parterna behöver ha en gemensam pott. Det går inte att slå ihop kommun och landsting ännu, eftersom de är så långt ifrån varandra, men de skulle kunna lägga pengar i en gemensam pott för dessa klienter/patienter. I de små kommunerna kan en eller två sådana här patienter slå ut hela den sociala ekonomin, då patienter med dubbeldiagnoser kostar så mycket. Kanske skulle Region Skåne starta två-tre hem för patienter med dubbeldiagnoser i Skåne. Om regionen ändå måste betala för denna gruppen är det bättre om de betalar till hem i egen regi.

Överläkaren anser att man ska känna personerna man ska samverka med, eftersom att det är lättare att sätta sig ner tillsammans med någon man känner. Stöter man på ideologiska skillnader får man lösa dem tillsammans på samverkansträffarna. Dessa träffar ska vara tillsammans med patienten.

4.4 Hur avgränsas samverkan

4.4.1 Socialförvaltningen, Vuxenheten

Enhetschefen säger att enligt lag skall landstinget stå för avgiftning, det finns ingen avgiftning i Hässleholm utan den ligger i Malmö/Lund -regionen. Förhandlingen om vem som skall betala avgiftningen där brukar ändå sluta med att kommunen får betala. Psykiatrin kan inte arbeta med klienten om inte missbruket har behandlats först. Socialförvaltningen kan inte avgränsa sig på det här viset eftersom de har kommunens yttersta ansvar enligt lag. Det behövs en helhetssyn att arbeta med missbruksproblematiken och det psykiska funktionshindret parallellt, hittills har det varit svårt att hantera detta. Psykiatrin har behandlingsansvar både akut och långsiktigt, medan

socialförvaltningen har ansvar för sysselsättning, stöd och boende. Enhetschefen berättar vidare att allt som har med det psykiska funktionshindret att göra, när patienten anses vara medicinskt färdigbehandlad, har den kommunala psykiatrin ansvar för.

Enhetschefen berättar att vuxenheten kan vara inblandad i slutna psykiatrisk vård när patienten skall skrivas över till kommunen. Det sker då en samplanering tillsammans med den kommunala psykiatrin där de tittar på vad individen behöver. När patienter är medicinskt färdigbehandlade och skall ut till egna boenden kan det vara kö till dessa, psykiatrin behåller då ofta klienten till dess att det finns plats.

Gruppledaren uppger att vuxenheten har en del klienter med bara psykiska problem och att detta beror på att de inte har några klara avgränsningsregler. Hon säger att de kanske tar på sig för mycket och att omsorgsförvaltningen har mycket mer gränser. Socialförvaltningen har kommunens yttersta ansvar, det är lättare för omsorgsförvaltningen att säga nej. Om vuxenheten sedan också säger nej, backar oftast omsorgsförvaltningen. Gruppledaren tycker att det vore bättre om de kunde samverka och hjälpa varandra istället för att försöka stjälpa över klienterna till den andres ansvar. Socialsekreteraren säger att omsorgsförvaltningen kräver skriftlig ansökan vilket inte vuxenheten gör.

Gruppledaren säger att när det gäller betalningen har socialförvaltningen ansvar för missbruksbehandlingen och landstinget har ansvar för den psykiatriska vården. Det är svårt att skilja på vad klienterna egentligen behöver, när det är nedskärningar överallt.

4.4.2 Den kommunala psykiatrin

Psykiatrihandläggaren säger att det som handläggare är viktigt att hålla på sina gränser. Omsorgsförvaltningen skall inte ta akutpsykiatri. Landstinget stramar åt sin ekonomi och försöker dra in på kostnader så det är viktigt att vi håller på våra gränser. Psykiatrihandläggaren säger vidare att när det gäller samverkan med socialförvaltningen har de från omsorgsförvaltningens sida varit stringenta, d.v.s. hårda med vad som varit deras ansvar. Hon tror att de nog är mer tuffa än socialförvaltningen när det gäller gränsdragning. Det är stora kostnader vad gäller klienter med dubbeldiagnoser, men psykiatrihandläggaren uppger att de är

tydliga med att de inte behandlar missbrukare. De är speciellt tuffa vid placeringar. Några klienter med dubbeldiagnoser bor hos oss med stöd från socialförvaltningen, och vi gör också tvärtom ibland. Samarbetet avgränsas av respektive handläggare, lagstiftningen avgränsar och styr också. Tvångslagstiftning styr socialförvaltningen och Hälso- och sjukvårdslagen styr psykiatrin.

Vidare säger psykiatrihandläggaren att när det gäller betalningsansvar är landstinget betalningsansvarig tills patienten är medicinskt färdigbehandlad sedan tar kommunen över ansvaret. Om det finns en missbruksdiagnos är det vuxenenheten som tar betalningsansvaret. Det finns några ärenden där de delar kostnaderna där klienten har en dubbeldiagnos men psykiatrihandläggaren tycker inte att det är någon bra lösning att klienten skall ha två handläggare.

Enhetschefen berättar att den kommunala psykiatrin inte har behandlingsansvar utan har ansvar för stöd och sysselsättning. Enhetschefen säger att de klienter med dubbelproblematik är en grupp som far väldigt illa. Förvaltningarna bråkar om ansvar, men hon tror att det i framtiden kommer att se ljusare ut och att det blir mindre gränser mellan psykiatrin och missbruksenheten. Hon uppger att hon slipper diskussionen om vem som har ansvar för vad då hon inte har beslutsansvar utan verkställighetsansvar.

Psykiatrisjuksköterskan säger att när det gäller klienter med dubbeldiagnoser ska de ha insatser från både socialförvaltningen och den kommunala psykiatrin och det har fungerat i de ärenden som han har haft. Det handlar om att se möjligheterna i samarbetet och om personliga relationer. Psykiatrisjuksköterskans uppfattning är att om klienterna får psykoser p.g.a. haschande är det socialförvaltningens bord och deras insatser som klienterna behöver. När det gäller de som missbrukar för att hålla ångesten borta, vid t.ex. psykoser och schizofreni, d.v.s. där grundproblemet är psykisk sjukdom då är det omsorgsförvaltningens bord. Vi kan dela på insatserna med socialförvaltningen.

4.4.3 Landstingspsykiatrin

Utredningssekreteraren säger att psykiatrin ansvarar för behandling medan kommunen har ansvar

för boende, fritid och sysselsättning. Psykiatrin försöker arbeta med det psykiatriska problemet hos klienter med dubbeldiagnoser. Om det t.ex. kommer en patient med kris och missbruk arbetar landstingspsykiatrin med att försöka hjälpa patienten med krisen. Utredningssekreteraren uppger att det är knepigare när det är missbruk inblandat då det är socialförvaltningen som ska ta ansvar för behandlingen av missbruket. Psykiatrin har ansvar för utredning, behandling och psykiatrisk rehabilitering. Kommunen har ansvar för social rehabilitering, boende, sysselsättning och fritid.

Utredningssekreteraren uppger att när det gäller betalningsansvar, betalar psykiatrin för behandlingen vid placering av patienter med dubbeldiagnoser och kommunen står för boende, fritid och sysselsättning. Psykiatrichefen beslutar hur mycket det får kosta.

Enhetschefen för avdelning 12 berättar att det finns klara samverkansavtal gjorda. Det medicinska är psykiatrins ansvar och boende, sysselsättning och hemsjukvård m.m. är kommunens ansvar, detta fungerar för det mesta. Det är de tyngsta ärendena som är svårast.

Sjuksköterskan säger att kommunen kontaktas när patienterna skall skrivas ut från de psykiatriska avdelningarna. Kommunen ansvarar för boende, sysselsättning och stöd och om patienten skall vidare till behandlingshem eller vårdhem. Psykiatrin och kommunen skall titta gemensamt på vilka behov patienten har. Det har hänt att patienten har skrivits ut utan att kommunen meddelats, men psykiatrin har skärpt sig nu och kontaktar kommunen när det gäller vårdplaneringar.

Lagstiftning och avtal avgränsar samverkan, det finns ett huvudavtal från de nordöstra distrikten, vilka består av sex kommuner, detta är sedan nedbrutet och anpassat till varje kommun. Ansvar för vårdplanering ligger på avdelningen där patienten är inlagd. Så länge kommunen ej har fått någon information om att patienten är färdigbehandlad ligger ansvaret kvar på psykiatrin. I undantagsfall kan psykiatrin betala för vårdhem om patienten inte är medicinskt färdigbehandlad.

Enhetschefen för avdelning 11 uppger att det inte finns någon klar gräns om vem som ska betala när det gäller patienter med dubbeldiagnoser, i slutändan är det psykiatrichefen som beslutar om vad psykiatrin skall betala. Juridiskt är det klart för vem som skall betala för missbruk men när länsrätten dömer ut tvång blir det svårare. För kommunen kan det vara en smygväg att hävda att patienten inte är färdigbehandlad och då har psykiatrin fortfarande betalningsansvar. Det

psykiatriska funktionshindret kan vara färdigbehandlat medan missbruksbiten inte är det.

Enhetschefen för avdelning 11 säger att det finns klara linjer för avgränsning, psykiatrin skall stå för den psykiatriska behandlingen och kommunen skall stå för missbruksbiten. Region Skåne ansvarar för den akuta avgiftningen.

Överläkaren uppger att det är svårt att dela på psykiatri och missbruk, nu är det ibland en fråga om vem som först ska utöva sin tvångslag, psykiatrin eller socialförvaltningen. Hon säger att som det nu är det viktigt att var och en gör vad de ska. Överläkaren uppger att hon inte är beredd att ta över missbruksvården men att hon tar ansvar för den psykiatriska vården. Det är svårt att avgöra var man ska börja, hon kan inte göra en bedömning om patienten är i fullt missbruk. Är det missbruket som är det huvudsakliga måste det tas om hand först. Om patienten lider av en psykos kan psykiatrin givetvis ta avgiftningen också.

5. Analys

5.1 Hur samverkan ser ut mellan organisationerna och vilka hinder/möjligheter som finns för samverkan

Region Skåne gör samverkansavtal med sex kommuner, sedan gör varje kommun sitt lokala samverkansavtal eftersom organisationerna i de olika kommunerna ser olika ut. Enligt en av våra intervjupersoner från den kommunala psykiatrin har samverkansavtalen varit otydliga och inte fungerat som de skulle, men nya är under bearbetning. Enligt SoS-rapport (1996:14) krävs, om samverkan mellan organisationer ska fungera, att samverkansavtalen är förankrade såväl på verksamhetsnivå som på administrativ och politisk nivå.

Alla framgångsrika samverkansprojekt är konkreta och bygger på att klart avgränsbara grupper går att identifiera. Samverkan ska eftersträvas när varje myndighet själv inte kan bidra till att problemet löses. För att samverkan ska lyckas måste det finnas klara målsättningar, regler, ansvars- och kostnadsfördelning och former för samverkan (Lagerberg & Sundelin, 1997, se Danermark & Kullberg, 1999).

De tre verksamheterna (vuxenenheten, den kommunala psykiatrin och landstingspsykiatrin) har samverkansmöte ihop med ekonomiskt bistånd på Socialförvaltningen, försäkringskassan, arbetsförmedlingen och vårdcentralerna en gång i månaden. Denna samverkansgrupp kallas för Hässleholms-dialogen. Syftet med denna samverkansgrupp är att vara en arena för gemensamt lärande, utveckling och utbildning av rehabilitering för psykiska funktionshinder (se Bilaga 3). Målet med denna samverkansgrupp är enligt intervjupersonerna att alla inblandade ska veta vem som har ansvar för vad och vem man kan kontakta. Alla inom de olika verksamheterna tycker att det fungerar bra med denna samverkansgrupp.

Vidare har landstingspsykiatrin och den kommunala psykiatrin samverkansmöte var 14:e dag där syftet är att skapa flexibla nätverksteam, kunskapsöverföring och kompetensutveckling, konsultation och ge tillgänglighet och service (se Bilaga 3). Av våra intervjupersoner på landstingspsykiatrin och den kommunala psykiatrin har vi fått veta att de på detta möte diskuterar aktuella patienter.

Ett resursteam har skapats med en psykiatrisjuksköterska från vardera huvudman (kommun och landsting) (se Bilaga 3). Enligt personal från den kommunala psykiatrin ska detta teamet kunna åka hem till klienter/patienter och göra en första bedömning av deras psykiska hälsa.

Ett annat samverkansforum är den s.k. SOP- gruppen (socialförvaltning, omsorgsförvaltning och psykiatri), de träffas var 14:e dag och gruppen skall träffas fram tills i mars, enligt vuxenenheten, då ska samverkansplanen vara klar.

Enligt personalen på alla tre verksamheterna sker mycket samverkan också på handläggarnivå och att de kontaktar varandra vid behov. Vårt material visar på att samverkan mellan de olika verksamheterna kring personer med dubbeldiagnoser mestadels sker mellan landstingspsykiatrin och den kommunala psykiatrin, då ansvarfördelningen är upplagd så. En av våra intervjupersoner inom den kommunala psykiatrin säger att samarbetet med vuxenenheten inte fungerar och att detta mestadels beror på otydliga samverkansavtal. Samverkan med vuxenenheten sker mer på handläggarnivå än i samverkansgrupper. Det händer att vuxenenheten och den kommunala psykiatrin samordnar sina insatser kring dubbeldiagnoser vilket enligt Westrin (1986), se

Danermark & Kullberg (1999), är Koordination eller Samordning då myndigheters insatser läggs till varandra för att uppnå bästa resultat.

Alla tre verksamheter är överens om att det blir problem i samarbetet mellan den kommunala psykiatrin och vuxenenheten eftersom de inte ligger under samma förvaltning. Problemet enligt intervjupersonerna (inom alla tre verksamheterna) är att just dubbeldiagnoser är svåra att definiera, det blir en hönan- och ägget- diskussion om vad som kom först - missbruket eller det psykiska funktionshindret. Vad skall behandlas först? Enligt Westrin (1986), se Danermark & Kullberg (1999), är det viktigt att alla i ett samverkansprojekt från början har en gemensam utgångspunkt och gemensamma referensramar, samt att mål, principer och etiska förhållningssätt noga diskuteras innan verksamheten påbörjas. I SoS-rapport (1996:14) måste, för att nå tillfredsställande behandlingsresultat, psykiatrin och socialtjänsten förstärka sina insatser runt den här gruppen och detta kan ske genom att bilda lokala samverkansgrupper, vilket verksamheterna i Hässleholm också har gjort.

Intervjupersoner inom vuxenenheten och den kommunala psykiatrin uppger att en utredning om förändring pågår. Eventuellt ska den kommunala psykiatrin flyttas från Omsorgsförvaltningen till Socialförvaltningen och båda verksamheterna tycker att detta är en möjlighet för samverkan dem emellan. Verksamheterna kommer då att ha samma pengapåse, ligga under samma förvaltning och ha närmare till varandra vilket intervjupersonerna tycker är bra då de är överens om att bra samverkan bygger på relationer till den man samverkar med.

Det som enligt tidigare forskning kan vara hindrande faktorer är hög arbetsbelastning enligt Tengvald (1982), se Danermark & Kullberg (1999). Inom både den kommunala psykiatrin och omsorgsförvaltningen finns intervjupersoner som hävdar att både tid och arbetsbelastning hindrar samverkan med andra verksamheter. Vidare poängterar våra intervjupersoner att det är viktigt att känna den man ska samarbeta med och att det många gånger är personliga egenskaper som avgör hur samarbetet kommer att se ut. Vidare tycker de vi intervjuat, inom alla verksamheter, att ett hinder för samarbetet är att de inte har kunskap om varandras lagar och att det därför kan bli oklarheter kring ansvarsfrågor och ekonomiska frågor. En intervjuperson på vuxenenheten säger att de kan tycka att omsorgsförvaltningen fattar beslut godtyckligt medan de på

omsorgsförvaltningen tycks tro att socialförvaltningen bara kan omhänderta hursomhelst enligt tvångslagstiftning. En intervjuperson inom landstingspsykiatri säger att det ofta blir en tvist om vem som ska tillämpa sin tvångslagstiftning först. Enligt Ramström (1989) brister samarbetet många gånger trots goda förutsättningar p.g.a. bristande kunskap om samarbetsparterna och det är viktigt att man lär känna den man ska samarbeta med. Saxon & Bernström (1989) menar att det är viktigt att verksamheterna känner till och respekterar de övrigas kunskap och profession, samt att det måste finnas en strävan mot ett gemensamt synsätt på rehabilitering.

För att nå tillfredsställande behandlingsresultat måste flera personalkategorier med olika kompetens samverka kring den enskilda individen. Det är vårdens organisatoriska uppbyggnad som gör att gruppen med dubbeldiagnoser faller mellan stolarna, det beror på två huvudmannaskap med skild ekonomi, skild administrativ och politisk ledning som ofta inte kan enas SoS-rapport (1996:14). Våra intervjupersoner inom alla verksamheterna är överens om att det ofta är ekonomin som ställer till problem för samverkan vilket tidigare forskning också pekar på.

I våra intervjuer har framkommit att de olika verksamheterna inte har samma kultur och inte gör samma bedömning av klienterna och deras behov. En intervjuperson inom vuxenheten säger att socialförvaltningen har ett klientperspektiv medan landstingspsykiatri har ett expertperspektiv med diagnoser och behandlingsförslag som klienten inte alltid köper. Landstingspsykiatri kan t.ex. enligt en annan intervjuperson inte arbeta med klienten om inte missbruket behandlats först. Enligt samma intervjuperson finns det en metodskillnad mellan vuxenheten och landstingspsykiatri, vuxenheten har ett mer kortsiktigt tänkande när det gäller behandling medan landstingspsykiatri med psykoanalysen kan ta 10 år innan den visar något resultat. Enligt Danermark & Kullberg (1999) består en viktig del av en verksamhetskultur av olika sätt att förstå och rama in ett problem, d.v.s. vilken verklighetsuppfattning som dominerar, det råder stora olikheter mellan psykiatri och socialförvaltningen när det gäller detta. Vidare har organisationerna olika principer för den interna hierarkin. Psykiatri har en tydlig uppdelning mellan den professionella och förvaltningsmässiga kompetensen vilket möjliggör en tydligare beslutsordning. Socialtjänsten saknar en profession med tydliga maktbefogenheter. Dessa olikheter kan antas påverka samverkan så att en obalans och oklarhet råder i var de aktuella

besluten inom organisationerna tas (Danermark & Kullberg, 1999).

Brante (1995), se Danermark & Kullberg (1999), menar att de båda fälten socialtjänsten och psykiatrin har olika historiska förutsättningar. Han menar att de har olika institutionella sfärer eller ordningar som utgör grunden för de kunskapsformer, trosföreställningar och beteenden som verksamheterna bygger på och att detta är en möjlig grogrund för missförstånd och konflikter mellan de olika verksamheterna.

Det finns en skillnad mellan de olika organisationerna när det gäller bedömningar enligt Danermark & Kullberg (1999). Socialtjänsten har ett normaliseringsperspektiv, där frågan om individens funktionsgrad är viktigast, medan psykiatrins definitioner grundas i ett sjukdomsperspektiv där patologiska störningar är grundläggande. De olika huvudmännen har en organisation av sin verksamhet som motsvarar de politiska mål och lagar som reglerar verksamheten. Socialtjänstens organisation bygger bl. a. på det huvudansvar för kommuninvånarna som den har enligt lagstiftning. Organisationen präglas av en strävan att decentralisera verksamheten och få ut den så nära medborgarna som möjligt. Den psykiatriska verksamheten är ofta organiserad efter helt andra principer, människor som har behov av dess tjänster söker sig eller blir remitterade till denna decentraliserade specialistkompetens (Danermark & Kullberg, 1999).

5.2 Hur den ideala samverkan ska se ut

I intervjuerna märkte vi en tydlig önskan om en gemensam finansiering för insatserna till psykiskt funktionshindrade missbrukare. Intervjupersonerna uttryckte att de ville ha en gemensam pott, en penningpung, öronmärkta pengar, samma pengapåse osv. I den litteratur vi har studerat när det gäller vad som bör göras för att förbättra samverkan är det bara Socialstyrelsen i Valfärd och valfrihet? (1999) som nämner att huvudmännen bör använda sig av en gemensam finansiering av vård och stödinsatser för psykiskt funktionshindrade missbrukare. Genom våra intervjuer har vi uppfattat att personal från alla tre verksamheter vi har undersökt anser att en gemensam finansiering är en av de viktigaste faktorerna för den ideala samverkan. Den tidigare forskning vi studerat anser tydligen inte detta vara bland det viktigaste då det bara är en av våra källor som nämner en gemensam finansiering.

Däremot anser Socialstyrelsen (2003) att en gemensam nämnd bör skapas för vård och omsorg av denna grupp. I SoS-rapport (1996) uttrycks att socialtjänst och psykiatri bör ha ett gemensamt ansvar för psykiskt funktionshindrade missbrukare och Danermark & Kullberg (1999) hävdar att en organisation bör ha det övergripande ansvaret för alla vårdinsatser. Att slå samman alla verksamheter under statligt styre, att verksamheterna låg under en myndighet och att omsorgsförvaltning och socialförvaltning skulle vara under samma förvaltning har uttryckts av intervjupersoner från socialförvaltningen och den kommunala psykiatri. Inom landstingspsykiatri uttryckte en av intervjupersonerna att det optimala vore att föra ihop Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen. Detta uppfattar vi som att tidigare forskning och personal inom verksamheterna tycker att det ideala vore om verksamheterna låg under en myndighet och hade ett gemensamt ansvar för psykiskt funktionshindrade missbrukare.

En tredje faktor som framgick tydligt när vi genomfört våra intervjuer var att personal inom alla tre verksamheter efterfrågar boende för personer med dubbeldiagnoser. Fyra av intervjupersonerna tog upp detta när frågan om hur den ideala samverkan skulle se ut ställdes. I litteraturen nämns inte just särskilda boenden som ideal insats, men Socialstyrelsen (2003) tar upp att samordnade insatser och upprättande av vårdinsatser anpassade för psykiskt funktionshindrade missbrukare är viktiga faktorer för samverkan. Socialstyrelsen (1999) och Danermark och Kullberg (1999) tar upp att huvudmännen bör satsa på gemensamt drivna projekt och vi anser att boende för personer med dubbeldiagnoser faller under gemensamt drivna projekt, samordnade insatser och vårdinsatser anpassade för psykiskt funktionshindrade missbrukare.

I den tidigare forskning vi har studerat nämns nödvändigheten av en skärpning av lagstiftning när det gäller en samlad vårdplanering. Enligt Socialstyrelsen (2003) ska det i denna vårdplanering framgå vem som har ansvaret för vilka insatser. Enligt SoS-rapport (1996) är ett förslag att parterna bildar lokala samverkansgrupper för att ta fram gemensamma vårdplaner.

Socialstyrelsen (1999) anser att huvudmännen tillsammans bör satsa på gemensam fortbildning och handledning. Danermark & Kullberg (1999) föreslår åtgärder som gemensam utbildning, ett ökat antal möten och kontakter och praktik inom varandras verksamheter. En intervjuperson anser att alla borde ha utbildning i regelsystemet och kunskap om varandras lagstiftningar.

Några av intervjupersonerna har också uttryckt att det är viktigt att se till klienternas bästa, att brukarna har för lite inflytande och att det är klienterna som bör styra och inte resurserna.

Utifrån intervjuerna vi har gjort kan vi sammanfattningsvis säga att det efterfrågas gemensam finansiering, gemensamt ansvar i form av en myndighet eller förvaltning, och boenden för dubbeldiagnoser. Litteraturen tar upp gemensamt ansvar, gemensamt drivna projekt och en skräpning enligt lagstiftning när det gäller gemensamma vårdplaneringar.

5.3 Hur ansvaret avgränsas mellan organisationerna

Enligt HSL har landstinget ansvar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Landstingets ansvar omfattar inte inrättandet av bostäder för med särskild service för människor som av psykiska eller fysiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring, utan detta är kommunens ansvar. Kommunen ska också erbjuda hälso- och sjukvård, habilitering, rehabilitering och hjälpmedel åt människor i dessa boenden. Enligt HSL får landstinget träffa en överenskommelse om att samverka med bl.a. kommunen för att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser och kommunen får enligt SoL träffa en överenskommelse med landstinget om samverkan. I SoL står det också att insatser för den enskilde ska vid behov utformas i samverkan med andra organisationer och samhällsorgan. Enligt detta kan vi se att landstinget har ansvar för hälso- och sjukvård, medan kommunen har ansvar för boende och för hälso- och sjukvård, habilitering, rehabilitering och hjälpmedel åt dem som bor i dessa boenden, och att de enligt lag får samverka för att uppnå en effektivare användning av resurser.

Enligt Jansson (2002) är ansvaret för dubbeldiagnoser uppdelat på två huvudmän. Landstinget ska stå för avgiftning, korttidsvård och psykiatrisk behandling, kommunen ska ansvara för sociala insatser och missbruksvård. Enligt Blume, Lundström & Sigling (1998) har landstinget ansvar tills personen är medicinskt färdigbehandlad sedan ska kommunen ta över. Kommunens ansvar är sociala insatser. Saxon & Bernström (1998) skriver att sjukvården ska ansvara för vård och behandling och att socialtjänsten ska verka för att personer med handikapp får möjlighet att delta i samhällslivet på lika villkor som andra. Öjehagen & Berglund (2000) påpekar att psykiatrians ansvar är att erbjuda korttidsvård och avgiftning samt fortsatt vård av missbrukare med svåra

psykiska störningar. Vad dessa olika författare nämner om ansvarsfördelningen stämmer bra överens med vad intervjupersonerna uttrycker när det gäller ansvarsgränser. En av intervjupersonerna från socialförvaltningen uppger att psykiatrin har behandlingsansvar, både akut och långsiktigt, medan socialförvaltningen har ansvar för sysselsättning, stöd och boende. Tre av intervjupersonerna inom Landstingspsykiatrin uppger också att ansvarsfördelningen ser ut på det här viset och en av de intervjuade inom den kommunala psykiatrin påpekar att den kommunala psykiatrin inte har behandlingsansvar utan ansvar för stöd och sysselsättning. En person från den kommunala psykiatrin uppger att landstinget är betalningsansvarigt tills patienten är medicinskt färdigbehandlad och att kommunen sedan tar över.

Utifrån detta kan vi göra bedömningen att det intervjupersonerna inom de tre verksamheterna berättat stämmer överens med den tidigare forskningen om hur ansvaret är fördelat mellan kommun och landsting. Det står också ganska klart när man studerar intervjupersonernas svar att betalningsansvaret är vuxenhetens när det gäller missbruk och psykiatris när det gäller den psykiatriska behandlingen och den kommunala psykiatris när det gäller medicinskt färdigbehandlade med psykiska funktionshinder.

Enligt Jansson (2002) råder förvirring och oklarhet hos huvudmännen fast det enligt gällande lagstiftning framgår hur ansvarsfördelningen ska se ut. Saxon & Bernström (1998) påpekar också att det finns oklarheter om hur ansvaret är fördelat. Öjehagen & Berglund (2000) hävdar att psykiatrin ofta hänvisar till missbruksvården som första led om dubbelproblematik upptäcks, medan missbruksvården bortser eller ibland avvisar samtidigt förekomst av psykiatriska funktionshinder och betonar själva missbruket. Från vuxenhetens sida uttrycks av två intervjupersoner att socialförvaltningen har kommunens yttersta ansvar och därför inte kan avgränsa sig så som de andra verksamheterna kan. De har en del klienter med bara psykiska problem och detta beror på brist på klara avgränsningsregler. En av intervjupersonerna inom den kommunala psykiatrin säger att det är viktigt att hålla på gränserna och att de nog är mer tuffa vad det gäller gränsdragningar än socialförvaltningen. De är tydliga med att de inte behandlar missbrukare. Inom den kommunala psykiatrin uttrycker en av intervjupersonerna att klienterna med dubbeldiagnoser är en grupp som far väldigt illa och att förvaltningarna bråkar om ansvar. Inom landstingspsykiatrin uttrycks åsikten att psykiatrin ska behandla det psykiatriska problemet

hos personer med dubbeldiagnoser och att det blir knepigare när det är missbruk inblandat då det är socialförvaltningen som ska ansvara för behandlingen av missbruket. En av intervjupersonerna uppger att det finns klara samarbetsavtal gjorda och att det för det mesta fungerar med ansvarsfördelningen. Det är de tyngsta ärendena som är svårast. En annan röst från Landstingspsykiatrin säger att det är svårt att dela på psykiatri och missbruka, men att det är viktigt att vara och en gör vad de ska.

5.4 Hur kan man förklara att det trots ganska klara regler blir problem med samverkan när det gäller psykiskt funktionshindrade missbrukare?

När det gäller avgränsning och betalningsansvar innebär, enligt Danermark & Kullberg (1999), HSL:s och SoL:s räckvidd en risk för gränsdragningsproblem, vilket intervjupersoner från socialtjänsten också har uttryckt att det finns. Lagstiftarna har enligt Danermark & Kullberg (1999) också uppmärksammat detta men avstått från att reglera det i lagstiftningen och istället hänvisat till samverkan för att uppnå de angivna målsättningarna. Författarna skriver vidare att psykiatrin kan remittera sådana ärenden de inte anser sig ha resurser till vidare till en mer generell kompetens, eftersom psykiatrin utgörs av en specialistkompetens. Socialtjänsten kan inte göra detta eftersom det inte finns någon annan aktör med mer generell kompetens än dem.

En annan förklaring till varför samverkan inte alltid fungerar ges av Repstad (1998). Repstad skriver att hinder mot förändringar i organisationer (t.ex. den förändring som blev följden av psykiatrireformen) kan vara hinder som medvetet är uppbyggda av människor som inte vill ha någon förändring och sådana hinder som uppstår av sig själva till följd av inarbetade rutiner, kommunikationsmönster o.s.v. Repstad hävdar att varje organisation vill behålla största möjliga kontroll över sitt eget område och avskärma sig mot insyn och inflytande utifrån. Vidare uppger han att det är vanligt att det uppstår slitningar och negativa inställningar mellan olika instanser som idealt sett ska samarbeta. Personer vi har intervjuat har uppgett att samarbetsavtalen mellan socialförvaltningen och den kommunala psykiatrin är just oklara och detta kan vara en förklaring till varför samarbetet i vissa fall inte fungerar dem emellan. Repstad skriver att syndabocksteorier har lätt att få fotfäste när det finns svåra och oklara målsättningar. Det är inte enkelt att hitta den svaga länken i den kedja som en välfärdsproducerande organisation utgör eller ingår i. Alla i

personalen kan ha sin egen förklaring till varför samverkan inte fungerar och en syndabocksteori kan slå rot. Syndabocksteori, uppger Repstad, är en variant av problemförskjutning som kan uppstå vid förändringar i organisationer, så som t.ex. vid psykiatrireformen. En del av dem vi intervjuat uppger att det är viktigt att upprätthålla gränserna mellan vuxenheten och den kommunala psykiatrin när det gäller ansvar för personer med dubbeldiagnoser. Vidare uppger de att det är på grund av personliga egenskaper som samarbetet inte fungerar samtidigt som de påpekar hur viktigt det är för samarbetet att ha en bra relation med den man ska samarbeta med, detta kan tyda på att båda organisationerna utsett syndabockar. Personer vi har intervjuat har sammanfattningsvis uppgett att samverkan inte fungerar p.g.a. den andra organisationens kultur, personliga egenskaper, bristande kunskap om t.ex. varandras lagstiftningar m.m. Detta kan tyda på problemförskjutningar, d.v.s. att organisationerna utser syndabockar istället för att se på sin egen organisation och dess problem.

6. Avslutning

Vår uppsats har visat på att samverkan mellan organisationerna vi har undersökt fungerar i de flesta fall. I de fall samverkan inte fungerar ses hinder som t.ex. skild ekonomi, skilt huvudmannaskap, personliga relationer och egenskaper, tid, m.m, vilket överensstämmer väl med en del av de hinder som tas upp i tidigare forskning och med syndabocksteorin. Såväl som i media som mellan organisationerna utses syndabockar när det gäller vården av personer med dubbeldiagnoser.

När det gäller bilden av den ideala samverkan läggs betoningen av intervjupersonerna på just att gemensam finansiering och gemensamt huvudmannaskap. Det som framgår tydligast i den tidigare forskningen är en idealbild med ett gemensamt huvudmannaskap, men lite förvånande betonas dock inte en gemensam finansiering lika mycket. Detta kan däremot bero på att författarna i begreppet gemensamt huvudmannaskap också lägger in en gemensam finansiering.

Vid beskrivningen av avgränsning och betalningsansvar medger intervjupersonerna att det är relativt klart hur avgränsningen ska se ut, men att det ändå blir problem när den ska utföras. Detta kan förklaras med otydliga samverkansavtal, lagarnas räckvidd och att lagstiftarna har avstått från att reglera denna räckvidd och istället hänvisat till samverkan. Andra orsaker kan vara att

personalen inom organisationerna utser syndabockar, kanske p.g.a. att de inte har tillräcklig kunskap om varandras lagar, har olika kulturer, olika arbetssätt och människosyn.

Avslutningsvis har vi fått en inblick i hur samverkan fungerar i Hässleholm och vad tidigare forskning säger om samverkan. Samverkan i Hässleholm fungerar bra mellan den kommunala psykiatrin och landstingspsykiatrin, men har fungerat sämre mellan den kommunala psykiatrin och socialförvaltningen. Detta kommer antagligen att förändras till det bättre så den kommunala psykiatrin troligtvis kommer att ligga inom samma förvaltning som socialtjänsten. För att samverkan ska fungera är det viktigt att ha tydliga samverkansavtal, bra kommunikation, och viljan att samarbeta. Vad som också skulle underlätta är ett gemensamt huvudmannaskap och en gemensam finansiering när det gäller personer med dubbeldiagnoser för att förhindra att de faller mellan stolarna.

7. Litteraturförteckning

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

Gerdner, Arne & Sundin, Örjan (red.) (1998) *Dubbel trubbel*. Örebro: Författarna och Behandlingshemmet Runnagården

Hydén, Lars-Christer (1998) *Den nya psykiatrin – från psykisk sjukdom till handikapp*. I Sjöström, Stefan (red.) *Nya kulturer i psykiatrin*. Lund: Sjöström m.fl. och Studentlitteratur. sid 15-30

Jansson, Iréne (2002) *Ann- en kvinna med dubbla diagnoser och hennes möjlighet till vård*. I, i Leissner, Tom & Hedin, Ulla-Carin (red) *Antologi- Könsperspektiv på missbruk*. Bettna: Bjurner och Bruno AB. sid 126-143

Repstad, Pål (1998) *Sociologiskt perspektiv i vård, omsorg och socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur

Rosengren, Karl Erik & Arvidson, Peter (1997) *Sociologisk metodik*. Stockholm: Liber AB

Saxon, Gunnel, Bernström, Inga-Britt (1998) *En bärande relation. Praktiskt psykiatri inom kommunens verksamheter för stöd, service och sysselsättning*. Stockholm: Natur och Kultur. s. 131-133

SFS (2002) *Hälso och sjukvårdslag1982:763*. Stockholm: Fakta Info Direkt.

SFS (2002) *Socialtjänstlagen 2001:453*. Stockholm: Fakta Info Direkt.

Sigling, Inga-Lisa (2001) *Socialpsykiatri*. Stockholm: Liber AB

Socialstyrelsen (1999/01) *Välfärd och valfrihet? Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2003) Pressmeddelande nr 31: *Socialstyrelsen om vården av psykiskt sjuka människor: Bristande samarbete, för få slutenvårdsplatser*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SoS-rapport 1989:33 *De glömda narkotikamissbrukarna. Vård och behandling av narkotikamissbrukare med psykisk sjukdom eller djupgående personlighetsstörning*. Stockholm: Socialstyrelsen

Svensson, Per-Gunnar & Starrin, Bengt (red.) (1996) *Kvalitativa studier i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur

Öjehagen, Agneta, Berglund, Mats (2000) "Psykiskt störda missbrukare" i Sundbärg, Barbro., red. : *Behandling av alkoholproblem. En kunskapsöversikt*. Stockholm: Liber.

8. Bilagor

Bilaga 1 – Övergripande intervjuguide

Bilaga 2 – Samverkansintervjuguide

Bilaga 3 – Lokal handlingsplan för samverkan mellan Omsorgsförvaltningen Hässleholms Kommun och Psykiatriska kliniken Hässleholm – Kristianstad, Nordöstra Skånes sjukvårdsdistrikt 2003.

Övergripande intervjuguide

Psykiskt sjuka missbrukare

- Hur definierar socialtjänsten/psykiatrin psykiskt sjuka missbrukare?
- Hur många av klienterna/patienterna är psykiskt sjuka missbrukare?

Insatser

- Vilka insatser erbjuder socialtjänsten/psykiatrin den här gruppen?
Behandling, stöd, boende, sysselsättning.
- Finns det någon ideal insats? Om inte, hur skulle den se ut?
- Hur ser beslutsordningen ut i er organisation? Vem fattar besluten?

Utbildning

- Har ni någon speciell utbildning för arbete med psykiskt sjuka missbrukare?
Om nej, varför? Anser ni att det behövs?
Om ja, när fick du/ni den utbildningen och vad innebär den?
- Får ni handledning i ert arbete med den här gruppen? Intern eller extern?
- Använder ni någon speciell metod i arbetet med psykiskt sjuka missbrukare?

Samverkansintervjuguide

1. Hur ser er organisation ut?
2. Vem fattar vilka beslut?
3. Hur stor del av era klienter är psykiskt funktionshindrade missbrukare?
4. Beskriv er samverkan med landstingspsykiatri
Beskriv er samverkan med vuxenenheten
Beskriv er samverkan med omsorgsförvaltningen
5. Hur upplever ni att samverkan fungerar mellan dessa tre parter idag?
6. Vad ser ni för möjligheter/hinder vad gäller samverkan?
7. Beskriv hur samverkan med landstingspsykiatri har utvecklats över tid
Beskriv hur samverkan med vuxenenheten har utvecklats över tid
Beskriv hur samverkan med omsorgsförvaltningen har utvecklats över tid
8. Hur tror ni att samverkan mellan dessa tre parter kommer att se ut i framtiden?
9. Hur skulle den ideala samverkan mellan dessa tre parter kunna se ut?
10. Hur avgränsas samarbetet? Dvs vem har ansvar för vad?
11. Hur hanteras sekretessen vid samverkan?
12. Vem har betalningsansvar? Och hur beslutas detta?

