

LUNDS UNIVERSITET

Socialhögskolan

Socialt arbete med drogmissbrukare SOL 065

Vårterminen 2003

SAMARBETETS DIMENSIONER

OM SAMARBETE MELLAN SOCIALTJÄNST OCH PSYKIATRI KRING MISSBRUKARE MED DUBBELDIAGNOS

Författare: Anita Olsson

Handledare: Leili Laanemets

Abstract

The aim of this essay was to examine and discuss the conception collaboration, both from earlier research and in a concrete practice, namely the work that pursues between the Social welfare and the psychiatry, against drug abusers with psychial illness in the authority of Simrishamn.

My questions was:

- What is a collaboration and how can it be defined?
- What factors are deciding how the collaboration works respektive not works?
- What needs and motives is there for collaboration?
- What differences and resemblances excists?

I found out there are two ways to define a collaboration; the abstract and the concret way. The form of a collaboration depends on how the actors perform and how they influence each other. To get good results in a collaboration, factors as sensitiveness of hearing, feeling and engagemant are important. Factors as professions, different conceptions and economy effect the collaboration negatively. There is a need for a collaboration because the drug abusers and their psychial illness make their situation complexed and the actors need to have a general picture. I found out there is a difference between the research and Simrishamn as they have formalized collaboration. But there is also resambles as whiches for better collaboration and the economy's negatively effects on the collaboration.

Innehållsförteckning	Sid
Förord	5
1. Inledning.	6
1.2 Problemformulering	6
1.3 Syfte och frågeställningar	7
1.4 Avgränsning	7
1.5. Metod	7
1.5.1 Urval	8
1.5.2 Intervjuerna	9
1.5.3 Metodens för och nackdelar	10
1.5.4 Resultatets tillförlitlighet	11
1.6 Etisk aspekt	12
1.7 Bearbetning av intervjumaterialet	12
1.8 Forskningsdesign och begrepp	12
1.9 Fortsatt framställning	13
2. Samarbetets dimensioner	13
2.1 Begreppet samarbete – vad innebär det?	13
2.2 Organisationers omgivning av organisationer	14
2.3 Berättelsen om ”Grannansvar”	15
2.4 Särdrag inom samarbete	17
2.5 Samarbetets karaktär	19
2.6 Varför behövs samarbete?	21
3. Socialtjänsten och psykiatri	23
3.1 En liten tillbakablick	23
3.2 Socialtjänsten och psykiatri i nutid	27
3.3 Worst case och Best case	30

4. Presentation av respondenterna och deras svar	32
4.1 Prologen	32
4.2 Öppenvården i psykiatri	37
4.3 Slutenvården i psykiatri	39
5. Analys	44
5.1 Vad är ett samarbete och hur kan det definieras?	44
5.2 Vilka faktorer är avgörande för ett samarbete?	46
5.2.1 Positiva	46
5.2.2 Negativa	48
5.3 Vilka behov och motiv finns för samarbete	49
5.4 Vilka skillnader och likheter finns?	50
6. Sammanfattning	51
7. Slutdiskussion	53
8. Källförteckning	55
Bilaga 1:	57
Intervjuguide	

Förord

Jag vill tacka de personer som har medverkat till intervjuer och bidragit med material till min uppsats. Stort tack säger jag till personalen på Prologen. Stort tack säger jag till Karin Bylund på öppenvården i psykiatri samt stort tack till Torbjörn Öberg, representant för slutenvården i psykiatri. Tack till alla andra som har tagit del av denna uppsats.

1. Inledning

1.2 Problemformulering

Svårt psykiskt störda som också har ett missbruk är en av samhällets mest utsatta grupper. (Socialstyrelsen 1999:1, sid 7) Detta är en grupp som ofta faller mellan stolarna där problematiken består i avgörandet om det är psykiskt sjuka med missbruk eller missbrukare med en psykisk sjukdom. *Psykiskt störda missbrukare är en patientgrupp med sammansatta problem och behov.* (Socialstyrelsen 1996:14, sid 9) I SoS-rapport 1996:14: ”*Psykiskt störda missbrukare*” beskriver de att i psykiatriutredningens slutbetänkande och proposition 1993/94.218 menar man på att det övergripande hindret att kunna ge gruppen psykiskt störda missbrukare hjälp ligger i svårigheterna i samarbetet mellan socialtjänst och psykiatri. Man har genom tidigare undersökningar, konferenser och annan forskning noterat att det saknas resurser och erforderlig kompetens inom området. Man belyser vikten av ett samarbete och att detta är speciellt viktigt runt gruppen psykiskt störda missbrukare eller missbrukare med dubbeldiagnos som även denna grupp brukar kallas. Statliga utredningar har tillsats och särskilda stimulansmedel har avsatts, i psykiatrireformen, till försöksverksamheter på tio orter i landet. Försöksverksamhet som bottnar i samarbete, i första hand mellan socialtjänsten och psykiatrin. Undersökningarna har sedan visat att det finns många hinder för samarbete. Men det diskuteras väldigt lite om hur ett samarbete fungerar, och vad är det som utgör ett samarbete? Mina funderingar bottnar just i vad ett samarbete egentligen är och vad kan det innehålla? Man har kommit fram till att det finns brister i samarbetet, men vad består bristerna i och vad beror det i så fall på?

Vad är ett samarbete utifrån sitt abstrakta och teoretiska begrepp? Ove Mallander (1996) diskuterar kring vad som utgör ett samarbete i sin avhandling: ”*Det måste se ut som en arbetsplats.*” Där menar han att organisationer som samarbetar och som i någon mån gemensamt försöker åstadkomma ett visst resultat är ett fenomen som förekommer ofta och i växande omfattning. Just gruppen missbrukare med dubbeldiagnos är vanligt förekommande i olika samarbetsdiskussioner. I SoS-rapport 1996:14 belyser man vikten av att stimulera och utveckla arbetet kring missbrukare med dubbeldiagnos. Ett exempel kan vara att bilda lokala samverkansgrupper för att ta fram gemensamma vårdplaner för patienterna. Grundförutsättningen ska vara att socialtjänst och psykiatrin har ett gemensamt ansvar för missbrukare med dubbeldiagnos. Här kommer vi in på vad Mallander (1996) beskriver som

organisatoriskt formaliserat samarbete. *Hur uppkommer sådant samarbete? Hur reglerar man relationerna? Vad betyder de samarbetande organisationernas struktur, förhållningsätt och kulturella tolkningssystem för formerna av samarbete – strategierna – men också för utfallet?* (Mallander 1996, sid 18). Mallander (1996) fortsätter att utveckla begreppet med att organisatoriskt samarbete innebär att arbeta tillsammans med vissa förpliktelser. Mallander (1996) menar att det alltid har funnits icke-formaliserat samarbete med andra ord kommunikation mellan t ex en skolkurator och för i dennes situation, behov av olika kontakter som skolor, barn- och ungdomspsykiatiska kliniker eller polis. Organiserat formaliserat samarbete menar Mallander (1996) att det innefattar något därutöver, t ex någon form av specificerad länkning, en interaktion, ett ömsesidigt erkännande och allt med skilda konsekvenser för de ingående organisationerna.

1.3 Syfte och frågeställningar

Syftet med denna uppsats är att undersöka och diskutera begreppet samarbete både utifrån litteratur och i en konkret praktik, nämligen det arbete som bedrivs av socialtjänsten och psykiatri, gentemot missbrukare med dubbeldiagnos i Simrishamns kommun.

För att få svar på mitt syfte har jag utgått ifrån följande frågeställningar:

- Vad är ett samarbete och hur kan det definieras?
- Vilka faktorer är avgörande för hur ett samarbete fungerar respektive inte fungerar?
- Vilka behov och motiv finns för samarbete?
- Vilka skillnader och likheter finns?

1.4 Avgränsning

Denna uppsats avser att i första hand spegla samarbete mellan socialtjänst och psykiatri. Syftet är inte att beskriva målgruppen missbrukare med dubbeldiagnos utan avgränsas, här i denna uppsats, till en heterogen grupp.

1.5 Metod

Min undersökning är explorativ då min avsikt var, när jag gick ut på forskningsfältet, att finna nya dimensioner av fenomenet samarbete både när det gäller den abstrakta och konkreta

betydelsen. Ett explorativt förhållningssätt betyder att man primärt är intresserad av att få en bred insikt och helhetsförståelse. (Halvorsen, 1992) Jag har valt en kvalitativ metod med ostrukturerade intervjuer (se bilaga 1) med personer inom de områden som berör samarbetet mellan socialtjänsten och psykiatrin. Med tanke på mitt syftes karaktär ansåg jag att det var endast genom en kvalitativ undersökning jag kunde få svar på mina frågor. Ordet samarbete är abstrakt och kan innehålla så många variabler och det är enbart genom kvalitativa intervjuer som jag kan få många varierande beskrivningar av fenomenet samarbete.

Den kvalitativa intervjumetoden har kritiserats för att vara alltför idealistisk och individualiserad då den fokuserar på enskilda personers åsikter. (Repstad, 1993) Man går in på den individuella upplevelsen utan att sätta in det i ett större sammanhang. Men för att beskriva ett fenomen så abstrakt som samarbete fordras det dock beskrivande berättelser. Då är styrkan i den kvalitativa metoden de informella intervjuerna, där man inte tvingar in respondenten i ett visst tankesätt, utan denne kan uttrycka sig och fördjupa sina åsikter på ett betydligt friare sätt. (Halvorsen, 1992) *En helhetlig förståelse kräver en intensiv strategi med få undersökningsenheter och många variabler.* (Halvorsen 1992, sid 80)

1.5.1 Urval

Mitt urval är styrt då jag har vänt mig till de enheter, som jag ansåg har personal med den kompetens som bäst kan bidra med material till besvarandet av mitt syfte. Halvorsen (1992) diskuterar om hur man väljer sina respondenter och man strävar efter att hitta de som har störst kunskap för att få mesta möjliga kvalitet på informationen. Jag valde att vända mig till Prologen, kommunens missbruksvård i Simrishamns kommun, där man bedriver dagverksamhet och socialsekreterare handlägger administrativa frågor. Jag var tidigare bekant med Prologen då jag några år tidigare hade gjort ett studiebesök där så det var en annan anledning till att jag kontaktade just dem. För öppenvården i psykiatrin valde jag att intervjua kuratorn då jag även tidigare var bekant med henne via ett studiebesök för ca ett år sedan. Jag kom via min man kommit i kontakt med min respondent för slutenvården, en manlig sjuksköterska med specialistutbildning i psykiatri, som nu arbetar inom slutenvården i psykiatrin i Simrishamn. Han har arbetat inom den psykiatriska vården i sammanlagt 25 år och har erfarenhet av både öppenvård och integrerad vård på ett flertal psykiatriska kliniker i landet. Eftersom min man är politiker och tillhör samma parti som denna manlige sjuksköterska förmedlade han denna kontakt då jag sökte en respondent till mitt uppsatsarbete. Jag hade inte till en början bestämt antalet respondenter men det stannade vid

antalet fem varav tre socialsekreterare, en kurator samt en legitimerad sjuksköterska. Urvalet är inte stort men tillräckligt för att kunna bidra med flera dimensioner som besvarar mitt syfte som dessutom är geografiskt begränsat. Urvalet har blivit mindre än vad jag hade tänkt mig då jag hade planerat intervjuer med ytterligare tre respondenter men av olika anledningar kunde inte dessa genomföras. Jag valde då att utifrån det materialet jag redan hade, utvidga materialet med litteratur. Förutom primärdata bestående av intervjuer kompletteras urvalet med hjälp av sekundärdata från böcker kring tidigare forskning av olika former av samarbete.

1.5.2 Intervjuerna

Jag har gjort kvalitativa intervjuer med hjälp av en mall med frågor. Denna mall har inte följts slaviskt utan har varit ett hjälpmedel under intervjusituationerna för att kunna leda respondenterna in i nya diskussioner. Mallen består av frågor med utgångspunkt från syftet men de inledande frågeställningarna bottnar dock i tidigare beskrivningar och forskning som gjorts just när det gäller gruppen missbrukare med dubbeldiagnos. Under intervjuernas gång har det kommit fram följdfrågor som att till exempel vidareutveckla något som respondenten har sagt. Flexibilitet under intervjuerna kan vara en fördel enligt Repstad (1993) då det inte finns några detaljerade frågor, tvingas mer konkreta frågor fram vilket får en prägel av ett naturligt samtal.

Intervjuerna med de fem respondenterna var slutförda under mitten av april månad 2003. Mina intervjusituationer är lite speciella då de skiftar i sitt slag. För att kunna tillmötesgå mina respondenters önsningar blev det en gruppintervju och två enskilda intervjuer varav den ena inleddes med en Internetintervju. Jag hade senare önskemål om att få denna Internetintervju kompletterad vilket jag också fick i en personlig intervju. Intervjuerna ägde rum på Prologen och på öppenvården i psykiatri i Simrishamn samt via Internet med en komplettering som utfördes i mitt eget hem. Intervjuerna inleddes med att jag talade om vem jag var, att jag studerade på sjätte terminen på socialhögskolan och fastän de visste varför jag var där, klargjorde jag ändå ytterligare en gång vilket mitt syfte med intervjun var. Vid alla intervjutillfällena blev respondenterna tillfrågade om de gav sitt medgivande till att intervjun spelades in på band vilket samtliga gjorde.

Min intervju med personalen på Prologen ägde rum en måndagsförmiddag i deras lokal var de bedriver sin verksamhet i Simrishamn. Jag anländer dit när personalen äter frukost tillsammans med en del av klienterna. Jag får ett positivt intryck av hela situationen och jag

blir insläppt i gemenskapen i vad jag vill likna vid en stor fungerande familj. Jag får ett intryck att på denna arbetsplats finns det en arbetsgrupp som verkar någorlunda samspelta. Intervjun med kuratorn på öppenvården i psykiatri ägde rum samma vecka fast på fredagseftermiddagen. Jag hade tidigare, via telefon, bokat en tid med henne och fick denna tid hon menade att hon skulle finnas till hand ifall det hände något men att hon för övrigt var fri till att kunna göra en intervju med mig. Jag gjorde intervjun med kuratorn på hennes tjänsterum och när vi väl satt där var jag hela tiden medveten om att telefonen när som helst kunde ringa och avbryta vår intervju så för min del blev det lite av en stressad situation. Min intervju med sjuksköterskan inleddes via Internet där jag fick på mina frågor klara och koncisa svar men som jag förstod att jag var tvungen att komplettera för att förstå vad han menade i svaren. Denna kompletterade intervju ägde rum i mitt eget hem vid köksbordet på långfredagens eftermiddag. Miljön var lugn om man bortser från övrigas, i huset, röster som vid några tillfällen kunde dra uppmärksamheten både ifrån mig och från respondenten.

1.5.3 Metodens för och nackdelar

Jag har valt en kvalitativ studie och fördelen med den har jag redan nämnt i form av att respondenten på ett fritt sätt kan uttrycka sina åsikter. Detta innebär att man av några få intervjuer kan få många variabler och många upplysningar så att man på ett rikt och nyanserat sätt kan beskriva det fenomen man avser att undersöka. En, och kanske den största, av nackdelarna med en kvalitativ undersökning är att klassifikationen av informationen kan bli problematisk och ta lång tid. (Halvorsen, 1992). Starrin m fl (1991) uttrycker det att om förtjänsten med kvalitativ forskning är dess rikhet på data, så är också den kvalitativa forskningens stora problem. Vid för mycket data kan arbetet lätt bli tidsödande och det finns risk för att betydande delar av materialet sorteras bort på grund av dess rikhet och dess komplexitet. (ibid) Med utgångspunkt i denna diskussion syftar jag till min egen forskning med dess urval och menar att fördelen med den är att hela materialet har kommit till sin rätt. Det är viktigt att se till intervjuernas kvalitet och inte utgå ifrån att flera, kvantiteten av kvalitativa intervjuer, skulle ge bättre och utförligare svar. Jag anser jag har fått bra beskrivande svar från mina undersökningsenheter som bidragit med användbart material att sätta i förhållande till sekundärdata.

Då mina data har inhämtas både från grupp och från individ intervjuer vill jag också föra fram

vissa aspekter när det gäller gruppintervjuer. Enligt Repstad (1993) kan gruppintervjuer ibland vara fördelaktiga då det kan vara lättare att få fram verkliga förhållanden i en grupp där de kan känna sig mer trygga än i en individuell intervju. Den kan ge fylligare information; *Samtalen för en egen dynamik där det den ena säger följs upp av en annan och nyanseras av en tredje.* (Repstad 1993, sid 76) Problemet med gruppintervjuer, menar Repstad, att det bara är tillåtna synpunkter som kommer fram. Gruppintervjuer passar bäst när gruppen är någorlunda samspelt och utan inbördes konflikter. Ett samspelt kollektiv kan fungera bättre i gruppintervjuer än i individuella intervjuer. När det gäller min Internetintervju vill jag utan stöd från litteraturen dra fram fördelaktigheten med att ha konkreta svar nedskrivna. Utbudet är dock inte så nyanserat men det kan få en att tänka till kring materialet vilket kan leda till mer strukturerade följdfrågor.

1.5.4 Resultatets tillförlitlighet

Det är möjligt att om någon annan gjorde samma undersökning att denne skulle få likartade svar men även om det var så skulle inte svaren tolkas likadant. Tillförlitligheten i kvalitativa intervjuundersökningar kan alltid diskuteras utifrån den egna tolkningen av materialet. När jag redovisar de svar jag fått i denna undersökning så görs det genom mina tolkningar av materialet även då det förekommer direkta citat. Jag menar att det är viktigt att beakta att det är omarbetad primärdata som presenteras och detta kan ha viss betydelse för resultatet. Mer troligt är det att svaren inte skulle ha blivit desamma då intervjun hela tiden påverkas av samspelet mellan intervjuare och respondent. Halvorsen (1993) pratar om en intervjuare-effekt och den innebär att respondenten svarar på ett visst sätt för att göra ett gott intryck eller för att inte verka okunnig. Varje intervjusituation är unik där både intervjuare och respondenter är påverkade av dels varandra men dels även av tid och rum. Med andra ord uttryckt är omständigheterna en bidragande faktor hur vi bemöter och bearbetar det material som är aktuellt vilket också i sin tur kan ha en viss betydelse för resultatets utgång. Vidare, när det gäller diskussionen av mitt val av att beskriva och problematisera ordet samarbete så kan det beskrivas ur flera infallsvinklar. Så även då jag säger att jag har gått ut med ett explorativt förhållningssätt, i ett försök att hitta nya dimensioner av samarbetet, så har jag ändå utgått ifrån ett bestämt materiel. Detta material har styrt mig i mina frågeställningar vilket också kan resultera i styrda svar och eventuellt kan det resultera i att diskussionen leder in på ett spår.

Det omöjligt att veta hur man ska förhålla sig till omedvetna processer som hela tiden råder i interaktionen människor emellan. Man får utgå ifrån att de svar man får stämmer överens med

verkligheten. Det beror också på vad det är man undersöker och vem man intervjuar. Temat för min uppsats är ändå inte av den karaktären att det är känsligt att diskutera i förhållande till mer personliga intervjuer där man vill få personen beskriva sin egen upplevelse om till exempel sitt missbruk. Mina intervjuer består av människor i olika professioner för att diskutera ett speciellt fenomen och det kan vara lättare att uttrycka sig då de är av mer formell karaktär och relativt opersonliga.

1.6 Etisk aspekt

Det förekommer exemplifierade beskrivningar om klienter i uppsatsen. Jag återger denna beskrivning som helhet men avidentifierar genom att benämna dem brukare.

1.7 Bearbetning av intervjumaterialet

I mina undersökningar har jag använt mig av bandspelare och bandat intervjuerna. Jag har även med en av respondenterna gjort en Internetintervju som vid ett senare tillfälle blivit kompletterad med en bandinspelad intervju. Jag har fortlöpande lyssnat igenom intervjuerna och skrivit ner dem ord för ord. I framställningen av intervjuerna berättar jag om varje intervjusituation samt redogör för det väsentliga som framkommit i svaren. Jag har valt att presentera intervjuerna och samtals gång och de har då fått en framställning av berättande karaktär, detta för att återge verkligheten så nära som möjligt. Därför har jag också valt att göra citat som förstärker det som sägs i sammanhanget. Svaren är också omvandlade från talspråk till skriftspråk och jag har uteslutit alla tilläggsord som har förekommit till exempel va, liksom och liknande uttryck. I analysarbetet har jag sedan letat efter mönster och teman och sorterat dem under respektive frågeställning som inleder denna uppsats. Detta för att jag på ett lättare och mer överskådligt sätt skall kunna analysera materialet och besvara syftet.

1.8 Forskningsdesign och begrepp

Detta är en fallstudie med geografisk begränsning och kommer att koncentrera sig mycket på hur samarbetet fungerar just i Simrishamn men det finns även inslag av generell karaktär. Detta med tanke på att några av de personer jag intervjuat har en mångårig erfarenhet av området och kan då hämta uppslag och exempel genom tidigare erfarenheter. En annan orsak är också att slutenvårdspsykiatri i Simrishamn har samarbete med andra kommuner, då slutenvården ensam har alla SÖSK (Sydöstra Skånes Samarbetskommité) kommunerna som

upptagningsområde. SÖSK kommunerna består i detta sammanhang av; Simrishamn, Ystad, Tomelilla, Sjöbo och Skurup. Uppsatsen är också avpersonifierad och inga namn nämns. Jag kommer istället att använda mig av Socs1, 2 och 3 för socialsekreterarna, Kur för kuratorn i öppenvården i psykiatri samt Sjsk för sjuksköterskan på slutenvården i psykiatri. Utöver detta har jag valt att använda mig av ett enhetligt begrepp som brukare istället för att använda klient eller patient begreppen.

1.9 Fortsatt framställning

Jag kommer inledningsvis att klargöra för vissa teorier om samarbete som tidigare har diskuterats inom forskningen. Därefter kommer jag med en kort tillbakablick gå in på samarbetet mellan socialtjänsten och psykiatri och lägga fram tidigare forskning på detta fält. Jag kommer sedan att göra en framställning av respondenternas svar som sedan analyserats. Uppsatsen mynnar slutligen ut i en sammanfattning och slutdiskussion.

2. Samarbetets dimensioner

2.1. Begreppet samarbete – vad innebär det?

För att kunna förstå samarbetets innebörd har jag studerat dess fenomen ur olika perspektiv. Jag ska här med litteraturens hjälp återge några av de framställningar som har gjorts. Ove Mallander (1996) är en av dem som gör flera framställningar av begreppet samarbete i sin avhandling *”Det måste se ut som en arbetsplats”*. Han använder samarbete som en övergripande term ungefär liktydigt med interaktion eller kontakt. Vidare menar Mallander att samarbete är ett överordnat begrepp till mer konkreta begrepp, exempelvis samverkan, samordning och sammansmältning. *”Begreppet samarbete innefattar således att organisationer interagerar.”* (Mallander 1996, sid 18) Det uttrycker också en intention eller viljeriktning. *”Vi betraktar organisationer – genom dess medlemmar – som handlande subjekt vilka följaktningen har åtminstone ett visst mått av frihet att välja strategi och hur samarbetet skall se ut.”* (Mallander 1996, sid 18) *”Hur ska vi förstå de i samverkan inblandade organisationers förhållningssätt och interaktion”?* (Mallander 1996, sid 27) Mallander menar att det trots offentliga utredningar och myndigheter ofta hänvisar till behovet av samordning, har knappast bruket av terminologin varit enhetlig. Boklund i Mallander (1996) påpekar i sin avhandling att hon kommit fram till att synsätten på samarbete går isär, man pratade på olika nivåer och hade olika innebörd i begreppet.

2.2 Organisationers omgivning av organisationer

Levin (1995) är en annan forskare som närmare har studerat förhållandet organisationer emellan och han inleder med att påpeka svårigheten att undersöka enheter som socialbyråer, behandlingshem för missbrukare, fängelser, och andra. Då står man inför organisationer med vissa gemensamma drag som skiljer dem från andra organisationer och det är att dess råmaterial är andra människor, inte metall, trä eller kemikalier. Det arbete som utförs inom dessa organisationer är diffust och svårgripbart och som ofta handlar om symboliska, språkliga processer mellan människor som förstås genom termer som behandling, stöd, kontroll, terapi, undervisning och motivation. Det är också en interaktion som karakteriseras av maktutövning, påverkan, över och underordning och ojämlikhet, där tjänstemännens handlande representerar den makt och den styrka som organisationen besitter i relation till de människor som söker eller tvingas söka kontakt med dess resurser

Scott (i Levin, 1995) redovisar ett sätt att systematisera mångfalden av teorier om organisationer då han föreslår att organisationer kan betraktas som rationella, naturliga och öppna system. Levin menar att försök har gjorts att integrera perspektiven genom att se traditionella och naturliga systemen som olika aspekter av en och samma organisation och som olika former av organisationer där formen ses som en funktion av vilken slags omgivning som organisationen måste förhålla sig till. Detta är en illustration av den s.k. kontingensteorin där det inte existerar en bästa form för organisering utan att detta beror på matchningen mellan organisatorisk form och kraven från omgivningen. Levin ställer sig två frågor när det gäller organisationsteorin; på vilka sätt interagerar organisationer med sin omgivning och vad är det som fastställer organisatoriskstruktur? En iakttagelse är svårigheten att teoretiskt/analytiskt särskilja en gräns mellan organisation och omgivning; mellan vad som är ute och vad som är inne.

Organisationer påverkar och manipulerar sin omgivning och är i hög grad beroende av och påverkade av omgivningen. Omgivningen består i denna mening av andra organisationer (Perrow 1986) med vilka den studerade organisationen interagerar på komplexa och sammanvävda sätt. Hur omgivningen ska kategoriseras är av stor betydelse för att utveckla teorin om sambandet mellan organisation och omgivning. (Levin 1995, sid 6)

Kontingensteorin innebär att sättet att organisera arbetet är beroende av betingelser i omgivningen. Teorins typologi bygger på tanken att hög osäkerhet och snabb utveckling av marknaden och olika teknologier ger andra villkor och möjligheter för organisering än lugna och stabila omgivningar. (Scott i Levin, 1995) Sambanden mellan en bestämd omgivning och

beroende organisation inte helt enkla, utan tvärtom beroende av vilka resurser och vilken maktbalans organisationen kan uppbåda i interaktionen med andra organisationer inom den samhällssektor där den eller de verkar.

2.3 Berättelsen om "Grannansvar"

Forskningsproblemets bakgrund finns i de komplexa och svårtolkade förändrings och samverkansprocesserna inom den sociala och psykiatriska vårdsektorn. Institutionaliserad och avinstitutionaliserad, kommunala, decentraliserade organisationsformer och centraliserade statliga lösningar, öppenvård och slutenvård, frivillighet och tvång. Vissa förändringar är en del av internationella förändringsprocesser, andra är lokala och tillfälliga problem eller lösningar. Levin (1995) menar att flera svenska forskningsrapporter och utredningar har under de senaste åren beskrivit bristerna i både socialtjänstens missbruksarbete och i institutionsvårdens innehåll och resultat. Ett projekt som Levin presenterar är en studie sammanställd på en rapport av Boklund (1988) som beskriver hur ett samarbete mellan människobehandlande organisationer kan te sig. Projektet som Boklund beskriver är kallat "Grannansvar" vilket syftade till gemenskap för socialt isolerade människor i ett bostadsområde. Verksamheten fortsatte även efter det att projekttiden hade gått ut genom stöd från lokalsamhället och de människor de nådde. I rapporten beskrivs verksamheten där besökarna kunde komma in och dricka kaffe och umgås med varandra eller med personalen. En utvärdering visade att verksamheten var mycket uppskattad av besökarna. Personalen bestod av hemtjänstassistenter och arbetet bestod i att alla besökare togs emot och välkomnades, man frågade hur det stod till, och försökte bedöma om något eventuellt var på tok och markerade i så fall att man stod till förfogande.

Det som inte fanns var organiserade samtal, personalkonferenser eller gruppsamtal. Istället ägnade man sig åt att få människor att känna sig betydelsefulla, att få kontakt med andra människor och att kunna delta i verksamheten. Istället för att söka upp människor gjorde man verksamheten så attraktiv att de själv sökte sig dit. (Levin 1995, sid 8)

Några år senare utvärderades verksamheten igen för att se vad det blivit av den och fann då att den öppna psykiatrins sektorisering hade inneburit att patienter från ett dagcenter överförts till Grannansvar. Eftersom arbetsbördan hade ökat önskade man personalförstärkning och därför diskuterade landstinget en integration mellan Grannansvar och ett psykteam. Man upprättade ett handlingsprogram, arbetsbeskrivningar gjordes för två mentalskötare, men inget av detta förankrades inom personalgruppen på Grannansvar. Mentalskötarna var

positiva och förberedda, men inte på det kaos de möttes av. Man gjorde då gemensamma utbildningsinsatser för att arbeta samman gruppen. Mentalskötarna uppfattade sitt arbete som att: ... *utveckla nya gruppverksamheter, öka besöksgruppens aktivitet i form av utflykter och annat samt att strukturera hela personalgruppens arbete och kommunikation sinsemellan i form av planeringskonferenser och mer organiserat samarbete.* (Boklund i Levin 1995, sid 8)

Men på Grannansvar ändrade man inte sitt arbete, det var sporadiskt deltagande på personalmöten, man kom för sent eller inte alls och på mötena diskuterade man om allt annat än planering. Många från Grannansvar uppfattade de nya personerna som ett intrång som kom för att "bestämma". Situationen ledde till öppna konfrontationer. Personalen inom psykteamet hade fått till stånd en personalträff där man ville diskutera uppläggningsen av arbetet och under detta möte kom det in besökare som undrade om inte kaffe serverades snart? Psykteamets personal svarade då att de fick vänta, eftersom man satt i personalmöte. Detta reagerade personalen inom Grannansvar mycket starkt på: de skulle inte komma och ändra på hur Grannansvar brukade bemöta sina besökare! Personalmötet slutade i ett stort uppträde, där även besökare drogs in i konflikten. Psykteamet hade en behandlingsinriktning och en fast inrutad dag som förhindrade dem att delta i de dagliga praktiska sysslorna. Men inte bara uppfattningen om arbetet skilde sig åt utan också arbetstiderna. Psykteamets personal arbetade dagtid, medan hemtjänstpersonalen arbetade kvällar och helger.

En ny person anställdes inom socialdistriktet som tillsammans med psykteamet skulle lotsa klienter från socialdistriktet till Grannansvar. Denna person saknade både formell kompetens och förankring på socialdistriktet men eftersom allt nu var ett kaos, fick den sistnämnda personen utrymme att handla helt utanför alla ramar. I det läget anställdes en ny positiv och erfaren mentalskötare på den uppkomna vakansen i psykteamet vilken alla var positivt inställda till. Nya försök gjordes från landstinget för att bättra på integrationen och en konsult engagerades dessutom, som skulle utreda oklarheter i ansvarsfördelningen. Konfliktnivån steg så snabbt att ledningsgruppen tvingades dela verksamheten i Grannansvar i två enheter, en i den gamla verksamheten och en i den nya men båda lokaliserade i samma trappa. Psykteamet anställde en socialsekreterare som skulle utgöra en länk mellan "Flotten", som den nya verksamheten kallades och socialdistriktet. Vid utvärderingstillfället kände sig personalen på Grannansvar sliten, nedklassad och utlämnad. Relationerna till socialdistriktet och psykteamet var fyllda av olust medan psykteamet kände sig starkt och fyllt av utvecklingskraft men dock

ilskna över personalen på Grannansvar som inte ville samarbeta. Även om detta material inte är analyserat utifrån organisationsteori, så menar Levin (1995) att den väl illustrerar skilda uppfattningar om vad som är arbete och relationen mellan definitionen av råmaterialet, teknologin och sättet att organisera arbetet. Rapporter av detta slag kan lätt få läsaren att tro att bättre planering, ett mer rationellt hanterande av integrationen och mindre byråkratisk klantighet skulle ha gett ett annat och bättre resultat. Levin menar att detta inte är fallet utan att det finns djupgående och avgörande skillnader mellan de båda organisationerna som hindrar en integrering - hur väl det än planeras.

2.4 Särdrag inom samarbete

Mallander (1996) berättar vidare om olika särdrag hos olika projektsamverkan och betonar vikten av en sammanhållande ram. Han pratar om inomorganisatoriska liknelser där det inom en organisation existerar en gemensam historia men även en förväntad gemensam framtid. Detta ger en gemensam socialisationskontext, ett normöverföringssystem och tolkningssystem av vad som sker och sätter gränserna. Systemet fungerar som en sammanhållande ram och nya medlemmar förväntas att anpassa sig till denna ram. Ungefär detsamma gäller när en organisation ansluter sig till en annan organisation. Mallander diskuterar vidare att här existerar ett formaliserat normsystem. Detta system samt den praktik som utvecklas ger en sammanhållande ram dock inte utan ett visst krav av underordnande.

”I en samverkanssituation mellan organisationer existerar inget av dessa fall. De skall gå in i (och komma ur) ett sådant samarbete med bevarade identiteter och som separata organisationer. Själva organiseringsprocessen blir därför problematisk i sig; man har ingenting att stå på. Samtidigt skall man lösa en uppgift tillsammans. Läger vi därtill att de ingående organisationerna kan vara kulturellt väsensskilda, man har olika relations- och kommunikationssystem inom organisationerna, olika tolkningssystem, myter, legender, allianser och intressen, uppstår naturligtvis en rad särdrag som gör att vi utan vidare kan använda eller överföra någon av de tolkningsramar vi kan hämta från de andra bägge ”nivåerna”. (Mallander 1996, sid 25)

Mallander (1996) ställer sig frågan om vilken roll enskilda personer förmodas spela i organisatoriska orienteringsprocesser? Gray i Mallander (1996) åsyftar i sitt begrepp ”convenor” till den som håller samverkansprojektet igång. Detta kan vara enskilda personer men även organisatoriska enheter som t ex redan existerande paraplyorganisationer eller kommittéer. Levin i Mallander (1996) går närmare in på enskilda personer och menar att

eldsjälar har en drivande om inte rent av en förklarande roll. De som ”brinner” gör det helhjärtat inom ramar som andra har skapat och ”brinna” kan karaktäriseras i termer som kontinuitet, hängivenhet, handlingskraft, offervilja, parat och med stor kompetens.

Boklund (1987) är en av den som forskat kring just samarbete presenterar olika former av samarbete på olika nivåer och vilka krav det ställer på förhållningssättet. De fyra olika formerna Boklund beskriver är; *integration, kollaboration, koordinering och separation*.

- Integration (sammansmältning) är när yrkesgrupperna strävar mot samma kompetens oavsett yrkesgruppernas tillhörighet, att de ska göra samma saker och ha samma ansvarsområden. Detta kräver att alla betraktar varandra som jämlikar.
- Kollaboration (samverkan) är där de olika yrkesgrupperna upprätthåller den egna kompetensen och ansvarsområde. Men i ett samarbete möts de i ett integrativt arbete kring vissa specifika frågor. Kollaboration kännetecknar ett förhållningssätt som bygger på kunskap och respekt för varandras kompetenser och viljan av att ta del av varandras perspektiv.
- Koordinering (samordning) är då en yrkesgrupp överlämnar ett ärende åt en annan. I koordinering finns en avgränsning och man saknar intresse för andra yrkesgruppers perspektiv eller av ett mera långgående samarbete.
- Separation innebär att det inte sker något samarbete alls.

Boklund (1987) likställer begreppet samverkan med kollaboration när det sker i en viss form, där någon eller några tillför sina specifika resurser, kompetenser eller kunskaper till en uppgift som man gemensamt har att genomföra. De som samverkar bibehåller sitt ansvarsområde utan att det sker någon sammansmältning av arbetsuppgifter. Att samverka i en kollaborativ form tillför yrkesgrupperna varandra komponenter som leder till att uppgiften, löses mer optimalt jämfört med om samverkan inte finns, vilket även kan leda till en kvalitativ kunskapsutveckling. Empiriska studier visar att kollaborativt samarbete utgör bättre kvalitet i det i det man gör tillsammans. Samverkan är ett svårbestämt begrepp och det krävs att man identifierar på vilken nivå i organisationen begreppet används. Sedan ska man försöka förstå begreppet utifrån den konkreta handling som genomförs och frågan blir då vad det är egentligen man gör när man samarbetar? Boklund menar att begreppet kollaboration där samverkan, när den sker i en viss form, är komplementär med

kunskapsutbyte och överföring men med bibehållet ansvarsområde yrkesgrupperna emellan. Arbetet som genomförs är integrativt, men det sker ingen integrering av yrkesrollerna.

2.5 Samarbetets karaktär

Mallander (1996) fortsätter att diskutera om samarbetets karaktär och använder sig av ett myntat uttryck: domänkonsensus. För att närmare beskriva begreppet tar det sig en början i ett inmutningsanspråk som en organisation reser gentemot omgivningen. Det handlar om vilka mänskliga behov man täcker, vilka grupper man bäst serverar och vilka tjänster man kan erbjuda dessa grupper. Inom organisationer råder ett språk, som beskriver vad de är bäst på, och detta språk kallar man domänspråk. Ordet domän är centralt därför att det ringar in de punkter där organisationen är beroende av sin uppgiftsomgivning. Om man ändrar sitt domänspråk ändras även uppgiftsomgivningen. *”För att en organisation skall kunna överleva och utvecklas måste den erhålla de nödvändiga resurserna från sin omedelbara omgivning.”* (Mallander 1996, sid 32) en förutsättning är då att det mellan dessa och organisationen föreligger ett ömsesidigt erkännande. Denna nödvändiga överensstämmelse brukar refereras till domänkonsensus. När man i den organisationsteoretiska litteraturen diskuterar domänkonsensus existerar det ibland en viss överlappning mellan organisatorisk homogenitet, det vill säga att organisationerna är någorlunda strukturellt lika och domänkonsensus. Organisatoriskt strukturell likhet kan säkert göra, att representanter för olika organisationer känner igen varandras sätt att tänka, att vara och att detta uppmuntrar ett redan ingånget samarbete. Mallander (1996) ifrågasätter även vilka förutsättningar som krävs för att man överhuvudtaget skall kunna utveckla ett mera formaliserat samarbete? I förlängningen av denna frågan finns också spørsmålet om vad som utmärker samverkansprojekt vilka bedömts som framgångsrika.

Boklund (1987) menar på att det inte en given struktur för kommunikationen mellan de olika medlemmarna i ett samarbete utan det är väldigt varierande. Ett centralt tema i diskussionen om samverkan och olika typer av arbetslag är frågan om arbetsfördelningen. Boklund (1987) använder sig av familjesociologin för att exemplifiera hur ett samarbete kan se ut, hur arbetet är fördelat och som också visar på fördelarna med ett samarbete. Här tar hon hjälp av begreppen rollfördelning och rollspecialisering och där den traditionella rollfördelningen inom familjen är rollspecialisering, där makarna specialiserat sig på vissa

arbetsuppgifter. Den traditionella bilden av en familj kan se ut enligt följande;

Mannen/fadern är "sakledaren" - försörjare, medborgare, föreningsaktiv, sportar. Kvinnan/modern är känslolärdaren - vårdare, fostrare, maka, hushållerska. Mannens roll är att vara förbindelselänk i förhållande till samhället, kvinnans roll att stå för den socio-emotionella omsorgen och familjens inre relationer. Rolldelning innebär att mannen och kvinnan delar på uppgifterna inom samma områden (Liljeström, 1973, med hänvisning till Parson och Bales, i Boklund, 1987).

Det moderna industrisamhället har medfört professioners framväxt och därmed också rollspecialisering. Ett förhållande som leder till att ett behov av samverkan har växt fram: denna nya överskådlighet leder till känslan av att många parallella funktioner gör i princip samma saker för samma avnämare. Ett behov av att samordna och samverka uppstår och ligger till grund för idéer och krav på integration av yrkesroller - det vill säga en känsla av att specialisering och uppdelning har inneburit att fragmenteringen av kunskaper och insatser har gått för långt. Boklund (1987) utgår från den klassiska sociologins begrepp arbetsdelning för att beskriva teorier om yrkens framväxt och professionalisering. Det finns två förhållningssätt som olika yrkesgrupper tenderar att utveckla, tillika skapande vissa problem:

- *"exclusion" att försvara det unika i varje yrke, kravet på att få finnas som en egen grupp med en egen identitet*
- *"inclusion" att trycka på eller arbeta för att få socialt erkännande när en yrkesgrupp försöker skapa sig en ny position, där de överordnas grupper som de tidigare varit jämställda med och blir likställda med grupper som de tidigare varit underordnade (Boklund 1987, sid 19)*

Arbete inom ett team medför alltså en sammanlänkning av ett antal professioner som karaktäriseras av;

- *Det egna yrkesspecifika predikamentet med exclusion - att bevaka sin identitet och sitt specifika yrkesområde, och därigenom utestänga andra yrkesgrupper.*
- *En förhandlingssituation, där de olika yrkesgrupperna förhandlar med och om sin statusposition i förhållande till de andra yrkesgrupperna genom att försöka innesluta nya eller andra kompetenser och arbetsuppgifter i den egna yrkesrollen. (Boklund 1987, sid 19)*

De två strategierna leder till vissa problem och innehåller begreppet samarbete verkar bara vara ett talesätt som döljer konflikterna. Två centrala problem finns, enligt Boklund. Det första är att det finns en "grå" zon, som ingen yrkesgrupp kan sägas klart täcka eller ha som sin domän - alla inblandade kan göra anspråk på den vilket leder till rivalitet. Det andra är att en oklar arbetsfördelning kräver lösningar, vilket i sin tur ställer krav på en sorts jämlikhet när man står i ett så stort beroendeförhållande till varandra som i ett team (Dingwall i Boklund,

1987) I merparten av genomförda studier diskuteras yrkesrollens betydelse i förhållandet mellan grupperna och professionalismens betydelse i samverkanssituationen. Detta kan skapa problemen och verkar finnas i allt samarbete och leder till rivalitet. En sorts jämlikhet är förutsättningen när man är så beroende av varandra som i ett samarbete. I en samverkanssituation krävs det att man avstår från vissa yrkesmässiga principer i syfte att göra vissa vinster. Att avstå från en princip kan upplevas som ett hot mot yrkesidentiteten. Om en yrkesgrupp anser sig ha låg hierarkisk position, har oklar yrkesidentitet och känner sig ifrågasatt av andra yrkesgrupper är det troligt att denna grupp känner sig mer hotad än andra ställd inför krav på att göra avkall på principer. Det är därför troligt att någon eller några yrkesgrupper känner sig mer klämda än andra.

En mera praktiskt plan som Mallander (1996) återger har han hämtat ifrån *Rehabilitering i Utveckling* (RFV redovisar 1990:2, s. 19) där man sammanställt erfarenheterna från ett drygt tjugotal samarbetsprojekt av varierande utseende. Sammanställningen beskriver faktorer som underlättar ett samarbete. Det framgår inte om samtliga nio kriterier skall vara uppfyllda men en annan tolkning är möjlig; att ju fler som uppfylls desto bättre samarbete. Man måste:

- *ha en gemensam målsättning,*
- *ta gemensamt ansvar för åtgärder och fattade beslut,*
- *få ett gemensamt förhållningssätt och en helhetssyn,*
- *ha en hög beslutskompetens - med minsta möjliga byråkrati,*
- *det finns enkla rutiner för samarbete,*
- *ha kunskaper om varandras verksamheter, regelsystem m.m.*
- *bli samspelta,*
- *tidigt sätta in adekvata åtgärder.*
- *ha en positiv människosyn. (Mallander 1996, sid 43)*

2.6 Varför behövs samarbete?

Eric Trist (I Gray (1989:50) i Mallander 1996) har ringat in ett antal omgivningsfaktorer som kan ge upphov till att organisationer söker samarbete.

- *Det föreligger en kritisk situation som de traditionella åtgärderna inte biter på.*
- *Problemet framstår ofta som ett mikrokosmos av ett väsentligt samhällsproblem.*
- *Problemets särskilda framträdelseformer uppfattas vara speciella för närsamhället och för med sig en negativ image och negativa konsekvenser för detsamma*
- *Flera intressegrupper påverkas av problemet. (Mallander 1996, sid 40)*

Förutom enhetligt och det berörda domänkonsensus som omständigheter som möjliggör samverkan finns det ytterligare andra som kan tänkas verka i denna riktning?

Variationsrikedomen förefaller stor inom och Mallander (1996) har kommit i kontakt med åtminstone tre förutsättningar; Lindqvist & Grape (I Mallander 1996) menar att det måste föreligga en *ömsesidig medvetenhet om problemet*, en *samsyn* mellan aktörerna *när det gäller målet* samt ett *ömsesidigt beroende* mellan organisationerna för att integration skall komma till stånd.

Boklund (1987) har kunnat urskilja två syften som också står i relation till varandra;

- *att överbrygga nackdelar med arbetsdelning i form av specialisering genom att förbättra koordinationen. Var och en av medlemmarna kan få stöd av de andra individualisterna för den egna rollen och man skapar en god samordning av arbetet.*
- *att använda sig av fördelarna med arbetsdelning genom att underlätta specialisering, ett specialisteam där medlemmarna är ömsesidigt beroende av varandra. (Boklund 1987, sid 18)*

För att avrunda diskussionen om teoribegreppet samarbete eller samverkan, vilken man väljer att använda, har jag tagit fram en mer specificerad modell sammanställd av Angelöw (1990) som jag vill återgå för att visa på de för och nackdelar som finns i ett samarbete för de inblandande aktörerna men även för utfallet att kunna förbättra för individens utsatta situation. Sammanställningen påpekar även att de kan finnas nackdelar då man ingår ett samarbete.

Fördelar med samverkan;

- *Förhindrar rundgång och klienters eventuella utspel mellan myndigheter.*
- *Underlättar arbete med gemensam målsättning.*
- *Underlättar utnyttjande av varandras kompetens och erfarenhet vilket gör att man får ett bättre beslutsunderlag.*
- *Leder till större förståelse för varandras arbete och resurser.*
- *Gör att man undviker dubbelarbete.*
- *Främjar en helhetssyn och ger större stimulans i arbetet.*
- *Innebär att möjligheterna till export av klienter minskar och därmed möjligheterna att skylla på någon annan.*
- *Ger ökade förutsättningar för att förbättra klienternas situation.*
- *Kan leda till en rad samordningsvinster i form av administrativ och ekonomisk natur.*

Nackdelar med samverkan;

- *Medför att sekretessen blir en mer känslig fråga*

- *Gör att klienters intriget kan kränkas*
- *Leder till osäkerhet om vem som har vårdnadsansvaret*
- *Kan inledningsvis bli tids och kostnadskrävande på grund av tunggrodd administration*
- *Kan innebära kommunikationssvårigheter på grund av olika vårdidologier, metoder kompetenser och terminologier*
- *Försvåras på grund av myndigheters revirtänkande*
- *Kan tvinga handläggaren erkänna sin eventuellt bristande kunskap vilket kan leda till att han/hon förlorar sin självkänsla*
- *Kan bli komplicerad de befogenheterna är olika hos olika handläggare*
- *Innebär en risk för handläggaren att förlora sin myndighetsidentitet och yrkesroll*
- *Svårigheter att fördela kostnader och ansvar mellan myndigheter*
- *Problem kan uppstå genom att myndigheter har olika rutiner, till exempel olika telefon och besökstider. (Angelöw 1990, sid 24)*

Tidigare erfarenheter av samverkan visar på att även om man lär känna varandras arbetsområden och får personkännedom, är det oklart om arbetets art förändras. Kvaliteten i samarbetet är låg och osäkerhet råder om vilken typ av ärenden man ska samverka kring, vilket leder till att de enkla okomplicerade ärendena tenderar att ta överhanden. De ärenden som egentligen hör hemma i samverkansformer är de svåra komplexa multiproblemärendena vilket yrkesgrupperna behåller för sig själva. I det fall riktig samverkan kommer till stånd sker detta ofta mellan yrkesgrupper som präglas av låg grad av professionalitet. Problemet är att man har diffusa mål för vad det är man ska samverka om och man vet egentligen inte vad det är som ska göras tillsammans. I de fall arbetslagen kunnat arbeta fram konkreta synliga resultat av sin samverkan, har arbetsformen uppskattats och man har kunnat utveckla arbetet tillsammans. Men för att kunna utvecklas samverkan krävs att man har egen yrkesidentitet och metodarsenal. Värdefullt i ett samarbete, samverkan eller samarbete förutsätter en trygg yrkesroll och goda kunskaper om det egna yrkesområdet samt dess metoder.

Rollspecialisering är, som tidigare nämnts är en viktig komponent för att samarbete ska leda till kollaboration, kompetensöverföring och kvalitativ kunskapsutveckling. (Boklund, 1987)

3. Socialtjänsten och psykiatri

3.1 En liten tillbakablick

Jan Ramström tar upp begreppet samarbete, mellan socialtjänst och psykiatri, redan i SOS-rapport 1989:33. Där menar han att basen för att kunna förbättra för gruppen missbrukare med dubbeldiagnos är ett bättre samarbete mellan socialtjänst och psykiatri. Han betonar att

viktigast är samarbetet på det lokala planet mellan socialtjänst och psykiatri. Vidare spaltar Ramström upp följande förutsättningar för ett fungerande samarbete;

- *Organisatoriska förhållanden* vilket innebär vikten av att socialtjänsten har en utskiljbar enhet som psykiatrien kan samarbeta med. Men samarbete förutsätter också en vettig organisation av psykiatrien.
- *Resurser* är något vårdgivarna alltid lider brist på. Då blir det prioriteringar av verksamheter ”som prioriterar sig själva”, som Ramström uttrycker det. Det innebär i praktiken akutvård för psykiatrien och barnavårdsärenden för socialtjänsten. Hur som helst kommer inte missbrukare med dubbeldiagnos främst i prioriteringen hos någon av enheterna.
- *Attityder och kunskaper*. Många gånger brister samarbetet på grund av bristande kunskap om sin samarbetspartner. Socialtjänst och psykiatri som skall samarbeta bör sätta sig in i varandras arbetsuppgifter och lära känna varandras vardag. Vidare bör man också lära känna den man samarbetar med och ett bra sätt att uppnå detta är att ”prya” hos samarbetspartnern.
- *Kontaktytor och specialisering*. Ett samarbete mellan två så olika vårdorganisationer går lättare ju mer specialiserad man är, och ju tydligare och bättre kontaktytor och kontaktkanaler man utvecklar. Ett slags verksamhetsövergripande team där man samarbetar på ett organiserat sätt gentemot klient/patient.

Men det var redan i samband med den genomförda psykiatrireformen som man började titta på samverkansformer. Alain Topor och Magnus Wahlström (1985) gjorde i mitten av 80-talet en inventering av samarbetet mellan socialtjänsten och psykiatrien i Stockholms kommun. Inledningsvis menar de på att förändringen inom psykiatrien ställer stora krav på ett samarbete mellan psykiatrien, primärvården och socialtjänsten. Genom ett ökat samarbete är det möjligt att utveckla en helhetssyn på människor som kommer i kontakt med en eller flera av dessa instanser. Erfarenheten visar att många av socialtjänstens klienter också har kontakt med psykiatri och/eller primärvård eller annan somatisk vård. Ett samarbete som inleds mellan de olika instanserna innebär en möjlighet att finna adekvata lösningar och åtgärder, som på ett bättre sätt svarar mot människors egna behov, än vad som varit fallet tidigare. I sin avhandling har Topor Wahlström hämtat citat från SPR-rapport 75/1982, *Utveckling av 80-talets psykiatri*:

'I ett kortare perspektiv styrs förändringsarbetets tempo, av vissa begränsade yttre förutsättningar. I utgångsläget saknar primärvården och socialtjänsten, de resurser som krävs för att de ska kunna fullgöra sina uppgifter, enligt mer långsiktiga intentioner.' (sid 5)

'Bristen på resurser hos andra vårdgivare medför svårigheter att skriva ut patienter från den slutna vården. Många patienter finns kvar inom psykiatrin, enbart på grund av bristande samverkan, med t ex primärvård, socialtjänst och arbetsplatser. Det gäller följaktligen för psykiatrin att rätt uppfatta sin roll inom hälso- och sjukvårdsstrukturen och att i samverkan med andra vårdnivåer och vårdgivare söka möta patienternas krav och behov. (sid 6)
(Topor/Wahlström 1985, sid 11).

Topor&Wahlström fortsätter och framlägger att centrala instanser, har under en längre tid, uttalat behovet av samverkan mellan psykiatrin, socialtjänsten och primärvården. Redan år 1978 betonade man de olika huvudmännens beroende av varandra: *"Ett villkor för att man skall kunna genomföra den förändring i psykiatrins struktur som diskuteras i huvudmännens planer, är att primärkommunerna har resurser, att ge patienterna omvårdnad, sysselsättning och förhindra social isolering."* (Förslag till principprogram, 1978:5 I Topor&Wahlström, 1985).

Forskningen av Topor/ Wahlström innefattade inom Stockholm 18 socialdistrikt. Svaren är väldigt varierande från distrikt till distrikt. Här följer några sammanfattade svar som beskriver former av samarbete;

- Samarbetet består av en ledningsgrupp med representanter från den öppna psykiatriska vården, socialtjänsten och dess chef. I ledningsgruppen informerar respektive parter om den egna organisationens utveckling och behov, och man försöker finna former för samarbetet.
- En psykiater från öppenvården ställer månadsvis, upp som konsult för socialbyrån vilket har lett till att socialsekreteraren och psykiatern träffat klienter tillsammans. Samarbetet mellan öppenvården och socialtjänsten innebär att man gör gemensamma hembesök hos klienter som psykiatrin redan har egen kontakt med. Psykiatrin har hållit föreläsningar för personalen på socialtjänsten
- Socialtjänstens personal har gjort studiebesök i öppenvårdens lokaler och representanter från öppenvården har varit hos socialtjänsten. Kontakten med den slutna vården sker i enstaka fall då socialsekreterarna fortsätter sin kontakt med klienten, även när denne har blivit inlagd.

- Socialbyråns samarbete med psykiatrin har skett i enstaka ärenden. Socialtjänsten har speciella kontaktpersoner för psykiatrin. Man har haft flera möten på ledningsnivå.
- Initiativet togs av psykiatrin med sikte på att få en kontaktperson på socialtjänsten att vända sig till. Samarbetet har utvecklats till att omfatta ett informationsmöte om socialtjänstlagen. Ledningsmöten för planering av det fortsatta samarbetet och diskussion om allmänna policy frågor.
- Mycket av samarbetet mellan socialtjänstens och psykiatrins öppen och slutenvård slussas genom olika projekt. Projektet har en referensgrupp där representanter från respektive verksamhet, ledande administratörer och fackliga representanter möts. Till-sammans med socialtjänsten träffar man även representanter för psykiatrin och primärvården för information och samplanering av resurserna i det gemensamma området. Cirka en gång i månaden sammanstrålar personalen inom socialtjänst och psykiatri för att planera det fortsatta samarbetets konkreta utveckling.
- Man har, på socialtjänstens initiativ, regelbundna träffar med överläkare från den psykiatriska sektorn, primärvården och långvården. Man informerar varandra om respektive organisation och hur framtiden ser ut.
- En kurs i psykiatri, ledd av personal från psykiatrin, man har kontakter psykiatrin det gäller enstaka ärenden och socialsekreterare får information om klienter som skrivs ut från psykiatrin

Topor&Wahlström menar att det allmänna intrycket är att distrikt som har många former av samarbete också har ett förhållandevis gott samarbete. Å andra sidan behöver inte få former betyda att man har väldigt stora problem vare sig med samarbetet eller med den här typen av klienter. Det är stor skillnad mellan de distrikt som har mycket samarbete och de som har lite och det finns flera förklaringar till detta. En förklaring, i detta tidiga stadium när samarbete just har inletts är att sektoriseringen och utflyttningen av vården till öppna former har kommit olika långt i olika sektorer.

En annan faktor i detta sammanhang är de personliga förhållanden som finns inom och mellan organisationerna. Hur väl känner man varandra och varandras arbete? Vilken inställning finns hos distriktsledning respektive sektorsledning till att etablera samarbetskanaler till den andre? Vad har socialläkarmottagningarna haft för betydelse för dessa kanaler? Vilka "traditioner" har man på distriktet av att hjälpa klienter med psykiska

problem? (Topor&Wahlström, 1985, sid)

Det har framkommit att socialtjänsten har stött på psykiatrins resursbrister. Kontakter förekommer huvudsakligen i enstaka ärenden, men inom socialtjänsten tycker man att det har blivit allt svårare att ha ett samarbete även på denna nivå, då psykiatrins resurser verkar vara krympande. De svårigheter i samarbetet med psykiatrin som påtalas inom socialtjänsten rör sig mest på två nivåer. För det första att kommunen inte ännu antagit några riktlinjer för samarbetets innehåll och utformning, och att socialtjänsten inte har fått nya resurser för att ta hand om de nya arbetsuppgifter som "psykiatriärendena" innebär. För det andra ser man fortfarande samarbetet med psykiatrin som problematiskt. Det handlar om kulturella svårigheter som bottnar i ansvarsfrågan. Trots den positiva andan i samarbetet med den slutna psykiatriska värden poängteras svårigheten för psykiatrin och socialtjänsten att förstå varandras språk. Bland annat utgörs en svårighet av att psykiatrin är ovan vid att sociala problem (t ex ekonomiska eller bostadsbrist) kan ligga bakom psykiska symptom. Samarbetsproblemen man har, härrör oftast från psykiatrins dåliga resurser. Man saknar fungerande kanaler för remitteringar, handledning och utbildning samt överhuvudtaget diskussionsgrupper och arbetsgrupper för planering inför framtiden.

3.2 Socialtjänsten och psykiatrin i nutid

Man kan ifrågasätta vad som egentligen har hänt på det här området då de rapporter jag har tagit del av påpekar på de brister som finns i samarbetet. Statens offentliga utredningar (1992:3) gjorde en enkätundersökning om hur samarbetet fungerade mellan socialtjänsten och psykiatrin där en stor majoritet av kommunerna uppger att samarbetet med psykiatrin fungerar dåligt eller är i det närmaste obefintligt. Det bör kanske nämnas att undersökningen endast skett ur socialtjänstens perspektiv. En gemensam vårdplanering mellan socialtjänst och psykiatri efterlyses av flera kommuner. Kritiken gäller främst samarbetet med vuxenpsykiatrin. Socialtjänsten anser att om den behandling som psykiatrin genomför med mediciner och olika terapier skall vara meningsfull så måste också den sociala situationen vara någorlunda trygg och harmonisk. Därför är det, enligt några kommuner, för denna grupp särskilt viktigt, att samarbetet psykiatrisk behandling och sociala insatser går hand i hand.

Det finns ett stort gap mellan de två verkligheter som personalen inom socialtjänsten ser respektive vad man anser personalen inom psykiatrin upplever. Kommunerna upplever psykiatrin som alltför individinriktad där individen enbart ses i ett biologiskt och medicinskt

sammanhang och där väldigt liten hänsyn tas till den sociala omgivningens eller det sociala nätverkets betydelse. Socialtjänsten däremot möter dessa människor med utgångspunkt från ett helhetsperspektiv. Psykiatrien ser enbart utifrån sjukdomens perspektiv medan socialtjänsten mer arbetar utifrån det "friska" perspektivet. En nästan genomgående kritik från kommunernas socialtjänst är att psykiatrien inte ställer upp och ger kommunerna hjälp när det gäller bedömning eller behandling av missbrukare med psykisk störning eller de som finns i gränslandet mellan psykisk störning och missbruk.

I tidigare forskning har jag också tagit del av Johan Svenssons (1999) avhandling:

”Dubbel diagnos Gnistan och Nyängsvägen – *Ett samverkansprojekt för missbrukare med psykiska störningar*. Där lägger han fram från regeringen proposition 1993/94:218 ”psykiskt stördas villkor” vad den bristande delen i ett samarbete kan bestå av. Enligt psykiatriutredningen är ett skäl sekretessen mellan socialtjänst och psykiatri. Sekretesskyddad information får endast lämnas ut till annan myndighet om personen ger sitt medgivande. Utredningen menar att detta inte borde vara ett hinder då samarbete är efterfrågat. Det ligger ju i patientens intresse att bryta sekretessen då det är en förutsättning för att få bättre vård och stöd. Svensson (1999) fortsätter sin argumentation och för fram att psykiatriutredningen påpekar en annan faktor varför samarbetet mellan de båda huvudmännen är bristfälligt. De menar att sjukvården för missbrukare med dubbel diagnos varit dåligt uppbyggd i form av bristande resurser och effektiva metoder. Uppfattningen är att psykiatrien i första hand använder sig av kortare och fler vårdtillfällen istället för längre och färre. Detta tolkas som att det är bara akuta åtgärder som sätts in. En annan tolkning, enligt psykiatriutredningen är att det inte finns tillräckligt med intressen, hos någon av huvudmännen, för att ge denna grupp stöd och hjälp. Svensson (1999) menar, mot bakgrund av psykiatriutredningen, att det finns ett samarbete men att det är bristfälligt och dåligt koordinerat. I psykiatriutredningen framkommer det att om samarbetet ska kunna förbättras mellan socialtjänst och psykiatri måste de förändra sina attityder gentemot varandra. Samarbetet kan befästas o konkreta åtgärder som gemensam utbildning och gemensamma projekt. Svensson (1999) konstaterar, med stöd av tidigare undersökningar som gjorts inom problemområdet, att det inte har hänt så stora förändringar under de senaste 25 åren. Trots organisatoriska förändringar i form av andra huvudmän och myndigheter kvarstår kärnproblemet, svårigheten för de olika myndigheterna att bedriva samordnade stödinsatser för den enskilda personen.

Svensson (1999) fortsätter sin diskussion om bakomliggande faktorer som kan försvåra samarbetet och belyser ”*En kamp om en icke-kompetens?*” (Svensson 1999, sid 15) Då menar han att det utspelar sig en kamp mellan det synsätt och förklaringsmodell som ska vara den rådande mellan de olika vårdgivarna. För att komplicera bilden ytterligare finns det även en kamp, finns det även inom samma synsätt konkurrerande förklaringsmodeller. Svensson (1999) hävdar att det är lätt att hitta just inom det medicinska synsättet där det finns både psykologiska och medicinska förklaringsmodeller. Den mest uppenbara anledningen till att vården inte når tillfredsställande resultat för missbrukare med dubbeldiagnos är, enligt Svensson (1999) att det inte finns en konsensus om hur vården skall bedrivas eller vad som är bra vård för denna grupp. Dessutom finns det ingen professionell grupp som tycks vara bättre lämpad än den andra att bedriva vård då varken socialtjänst eller psykiatri har kunnat visa på goda resultat. Goda resultat består i det här sammanhanget av avbrutet missbruk eller fri från psykisk sjukdom. En annan orsak, eller snarare reflektion, som Svensson (1999) uttrycker det är en förklaring till varför just denna målgrupp har en benägenhet att ”hamna mellan stolarna” eller ”befinna sig i ett ingenmansland”. Praktisk innebär detta att psykiatrin anser sin huvuduppgift att vara att ge akutvård, medan socialtjänsten inte anser sig kunna behandla missbrukare med psykiska störningar. Svensson (1999) anser att de båda huvudmännen har ändrat sin inställning från att visa sin kunskap för att istället visa på sin okunskap samt bristande resurser för gruppen

Psykiatrin har ett svar på varför de inte lyckas med sina behandlingsinsatser: 'Vi saknar kompetens inom missbruksområdet, eftersom detta inte är vår huvuduppgift.' Socialtjänsten har också ett giltigt alibi för sina bristande framgångar: ' Vi saknar kompetens vad gäller psykiatriska problem, dessutom är detta inte vår huvudsakliga uppgift. (Svensson 1999, sid 17)

Detta är lite anmärkningsvärda uttalanden, enligt Svensson (1999) då dessa myndigheter faktiskt bedriver vård för denna grupp men uttalandena blir även trovärdiga då det inte finns en organisation som bär det direkta ansvaret.

Varför har förutsättningarna ändrats så drastiskt för denna patientgrupp? En, av vad orsakerna skulle kunna vara, tar Svensson (1999) upp och det är att den offentliga sektorn minskat från mitten av 80-talet fram till nu. Detta har inneburit att aktörerna har fått minska på utgifterna vilket innebär att minska på vårdutbudet, ge kortare vårdtider eller att mer eller mindre avsäga sig besvärliga kostsamma grupper som inte ingår i ansvarsområdet. Vidare hävdar Svensson (1999) att huvudmännen har olika vårdkulturer. Begreppet vårdkultur kan ses som en övergripande sammanfattning av termer som system, strukturer, tankesätt, vårdideologier mm

i alla fall när det gäller att beskriva skillnader mellan socialtjänst och psykiatri. Men Svensson (1999) fortsätter och menar att man kan lika gärna använda det för att påvisa likheter. Han menar att det faktiskt finns likheter och ett av dem är vad som tidigare nämnts i detta sammanhang är att den ena parten inte besitter mer effektiva behandlingsmetoder än den andra. En annan likhet är att både socialtjänst och psykiatri arbetar med människor i kris och i många fall är det samma personer. För att återgå till skillnaderna i vårdkulturen framhålls det att det finns ett biologisk och ett socialt synsätt. För att utveckla skillnaden ytterligare, menar Svensson (1999) att psykiatrin och dess synsätt är att bara se det sjuka hos en person, att man anstränger sig för att hitta en sjukdom eller ett sjukdomstillstånd. Socialtjänsten är, å andra sidan, mer benägna att fokusera på det friska och riskerna med det sociala synsättet är att man nonchalerar att personen faktiskt besitter en störning som är ett allvarligt problem. Ytterligare en skillnad Svensson (1999) tar upp är den som finns i beslutsstrukturen. Beslut av socialsekreterare är kollektiva, delegerade ifrån socialnämnden d v s ett politiskt beslut med möjlighet att överklaga. En läkares beslut är däremot grundat i professionen och går inte att överklaga.

3.3 Worst case och Best case

Ovanstående begrepp syftar till en tidigare forskning: *Rutger Engström – psykiskt sjuk eller missbrukare*. I denna forskning har de använt sig av scenariometodiken, det vill säga de bygger upp ett scenario, ett fiktivt fall (Rutger Engström) som har en dubbeldiagnos. I detta scenario ges det exempel på ett worst case – det sämsta tänkbara fallet samt ett best case – hur det bästa fallet skulle kunna se ut men de vidmakthåller att detta är ett fenomen som ännu inte finns. Upphovet till bäst case har författaren hämtat ifrån Södertälje där det finns, enligt denna forskning, en lovande verksamhet kallat mobila teamet eller psykiatriska missbruksteamet.

Med hjälp av termerna beskriver de vad som utgör ett dåligt, obefintligt samarbete och vad som utgör ett bra. Sammanfattat i worst case urskiljer följande mönster:

- Ingen aktör har en helhetsbild av problemet. Det finns ingen gemensam målsättning och om det finns är den diffus och oklar.
- Även om en helhetsbild finns har man inga redskap eller mandat att agera förrän problemet är långt framskridet. Rädsla finns för att ”trampa varandra på tårna” i samverkan mellan de olika myndigheterna.

- Aktörerna kring individen agerar kortsiktigt, delvis slumpartat och utan att sätta in åtgärder i ett större och mera långsiktigt sammanhang.
- Kommunikationsglapp och dragkamp råder mellan de olika aktörerna – de vet lite om varandra samt står i konflikt både då det gäller pengar och synsätt. Man är inte överens om det är ett psykiatriskt problem, missbruksproblem eller kombinationen av dem båda.
- Insatser som behandlingshem, slutenvård, LVM, LPT ingår inte något större sammanhang. De flesta insatser är kortsiktiga och fragmentariska och följderna blir att åtgärderna ofta blir slumpmässiga och ibland motverkande.
- Det råder betydande rundgångseffekter och övervältring mellan parterna, en kamp om att slippa betala och onda självförstärkande cirklar skapas som en följd av detta.
- Ingen lyssnar på individen som blir ett behandlings och åtgärdsobjekt – inte ett agerande subjekt.

Detta blir följderna av vårt sätt att organisera offentlig verksamhet i parallella och oberoende hierarkier. I värsta fall motarbetar de varandra genom att varje struktur har sitt synsätt, sin begreppsapparat, sin världsbild och sina behandlingsideal.

Motsatsen till worst case är då best case då det naturligtvis är tänkt som det allra bästa tänkbara sättet att arbeta med missbrukare med dubbeldiagnoser. Här pratar vi då om samverkande aktörer där motpolen till worts case hierarkiska modell vore att organisera arbetet kring dessa individer i någon form av nätverksmodell. I best case situationen utgår man ifrån att det ska finnas någon sorts sammankallande aktör som har till uppgift att tänka eller agera bortom den egna diagnosen. Nätverksmodellen där nätverket ska bestå av en grupp som arbetar med en gemensam plan. Den sammankallande aktören har här rollen som den legitima företrädaren, en person som har mandat och förankring i de existerande linjeorganisationerna och inte uppfattas som en konkurrent. Denna person måste företräda ett helhetsintresse för individen så att inte arbetet kring denne baseras på den problemdefinition som för tillfället råkar gälla. För att arbetet kring individen ska bli framgångsrikt antar man att följande särdrag bör utmärka verksamheten;

- Bearbeta drogproblemet på ett sådant vis att den psykiatriska sjukdomen går att behandla.

- Man behöver inte vara helt drogfri för att kunna behandlas men behöver inte vara symptomfri från den psykiska sjukdomen för att få behandling för sitt missbruk.
- Man ska inte kunna straffas sig ur processen.
- Individens ses som ett agerande objekt.
- Frivilligorganisationerna blir en viktig samverkanspart. Arbetet baseras på gemensamma mål och uppdrag samt gemensamma värderingar och synsätt.

En slutsats i best case är att missbrukare med dubbeldiagnos måste ha ett team som arbetar runt individen. Ett team som har uppdrag och en kompetens motsvarande de problem som ska tacklas "*Multiproblem måste rimligtvis hanteras med multikompetens*" (Socialstyrelsen, 1999). Uppdraget, teamet måste ange de problem som ska lösas, hur målgruppen ser ut, vilka mål som ska nås och ange vilka spelregler som gäller för arbetet. Om detta arbete ska vara framgångsrikt måste det baseras på ett antal underliggande synsätt och värderingar som är gemensamma.

4. Presentation av respondenterna och deras svar

4.1 Prologen

Personalen på prologen berättar att de idag har ett bra samarbete jämfört med bara ett år sedan. *Vårt samarbete med psykiatrin idag är väldigt formaliserat på det sättet att vi träffas var 14:e dag och har en genomgång om just denna grupp.* (Socs1) Detta för att det börjat en ny läkare på öppenvården i psykiatrin som har stor erfarenhet med missbrukare. Tidigare var han överläkare på alkoholpolikliniken i Malmö. De berättar att de har rådgivande samtal, de har medverkat till akuta situationer när det gäller vård och inläggning och att de nästan kan remittera sina klienter till psykiatrin för vård och konsultation. Vidare kan de i samarbetet se till att de i situationer som kan vara lite trängda i tiden, med kunskap snabbt kan se till att brukarna snabbt kan få den medicin de behöver istället för att vänta i flera veckor. Dock finns det en baksida av det hela och det är att hur de beskriver öppenvården i psykiatri på det här positiva sättet så kan de inte använda samma positiva tongångar när det gäller samarbetet med slutenvården. För att beskriva vari svårigheterna med detta samarbete består i anser socs2 att de har dåliga kunskaper om missbrukare med dubbeldiagnos. *De se inte på att de här personerna har en dubbeldiagnos utan de tittar väldigt separat på missbruket.* (Socs2) Socs1

tycker att de underpreveliger gruppen missbrukare och de sätter ibland diagnoser på lösa grunder, formulerar sig utifrån noll baskunskap och fakta. Vidare menar Socs3 att de har en skarp marginal att de inte tar emot personer som är berusade och menar på hur psykiatrin närmar sig dessa människor och vilket ansvar man tar för dem. Han berättar om man kommer med en människa som är berusad så säger de bara nej för att de måste vara i abstinens när de kommer dit. ”*Då är det väldigt svårt för oss inom socialtjänsten som är utan egna lokaler och resurser*”. (Socs3) Men just när det gäller den här biten har de hjälp via sin nya konsultläkare. De menar dock att det inte går att samarbeta med den läkare som jobbar på slutenvårdspsykiatrin.

Socs1 vill med en tillbakablick beskriva lite om hur det tidigare varit i samarbetet och ber de andra korrigera honom ifall han minns fel.

Det har varit så här med den här gruppen missbrukare med dubbeldiagnoser som ofta har vandrat mellan socialtjänst och psykiatri, där tyngdpunkten har legat på olika ställen på olika tider. Men de gånger vi har upplevt att psykiatrin vänder sig till oss och aktualiserar dubbeldiagnos, så har det nästan undantagslöst slutat med att det är vi som själva sitter här med det här ärendet och upplevt det oerhört svårt att plocka in dem i psykiatrin igen för att samarbeta kring ett ärende. (Socs1)

Socs3 menar att det är väldigt typiskt att de kommer från psykiatrin till Prologen med en felaktig diagnos, som sedan måste in till rättspsykiatriska kliniken i Malmö för att få den vänd till rätt diagnos så att de kan få psykiatrin engagerade igen. Det är någonting som det inte har resurser för. ”*De skeppar dem hit för att vi ska ta ansvar för dem.*” (Socs3) Socs1 menar dock att har skett en förändring och att det är lättare att samarbeta med psykiatrin nu än det var för ett par år sedan.

Socs2 berättar om ett samarbete som hon upplevde vara väldigt bra. Det var när hon hade en brukare som mådde väldigt dåligt psykiskt och då hon ringde denna konsultläkare som enligt socs2 är fullt uppbokad men som ändå tog emot denna brukare nästa dag varpå brukare blev inlagd omedelbart. Hon menar att om det inte hade varit för den här nya kontakten de har med konsultläkaren så hade det tagit så mycket längre tid. Då hade det blivit att åka till jouren i Ystad och det hade i så fall tagit timmar. Konsultläkaren kände till brukaren väl och det räckte att han fick tio minuter med brukaren för att konstatera att denne var i behov av inläggning. Dock hände det sen vid ett senare tillfälle att denne brukaren mådde dåligt igen och då fick denne en tid hos en annan läkare på öppenvården som, försökte smita iväg som socs1 uttrycker det. De menar att när deras konsultläkare inte finns där på plats, då blir allting så

mycket svårare.

Personalen berättar om olika verksamheter de bedriver i samarbetet förutom de kontinuerliga träffar som nämnts innan. De har; diskussioner med psykiatrin, kring brukare, vid behov, de har återkommande åkt iväg till personalen på psykiatrin och informerat om sin verksamhet, om synen de har på gruppen missbrukare med dubbeldiagnos och en form av samarbete är en akupunkturserie för de klienter som är inskrivna i sysselsättningsprojektet. En annan form av samarbete som de berättar om är när de har noterat att det finns distriktsläkare som på ett ohämmat och på ett oprofessionellt sätt skriver ut bensodiazepiner till identifierade missbrukare. Då har det vid ett tillfälle varit så att de har haft en gemensam träff med en distriktsläkare tillsammans med sin konsultläkare och en representant från Prologen. *”Det här går inte, man kan inte dra åt olika håll, man kommer inte framåt.”* (Socs1)

Det framkommer i intervjun att deras konsultläkare introducerade sig själv som person på ett bra sätt när de tillsammans gick en kurs i missbruk. Han gav sin syn när det gäller medicinska aspekter och när det gäller alkoholsjukdomar. *Vi fick hans syn och hans förhållningssätt och han fick också våra kunskaper, ett bra sätt att lära känna varandra.* (socs3) De menar också att de han har den uppfattningen att de är väl kända inom både öppen och slutenvården i psykiatrin och att alla bemöts med respekt. Personalen på Prologen tycker också att det är viktigt med ett samarbete annars bollas brukarna fram och tillbaka, där psykiatrin säger att det handlar om ett missbruk så gå till missbruksenheten medan de på Prologen säger att det är en psykisk sjukdom så gå till psykiatrin. Socs3 menar att en annan anledning för samarbete är att dessa brukare berusar sig med klassiska berusningsmedel och gör detta för att självmedicinera istället för att få receptbelagd psykofarmaka. De menar dock på att det finns en skillnad att tänka idag mot förr och Socs1 berättar att

...om man har en dubbeldiagnos så kan vi jobba med missbruket men det är inte framgångsrikt, det är inget effektivt sätt att jobba om man inte parallellt jobbar med den psykiatriska biten. Den synen delar man idag på psykiatrin också och det känns som ett väldigt stort framsteg. (Socs1)

Socs3 menar att det finns en annan sätt att se på situationen och berättar att samhället är uppdelat i många grupper. Utvecklat menar han att psykiatrin av tradition har sysslat med den övre klassen medan missbrukare handlar om människor på samhällets botten. Sen kommer dessa människor in på psykiatrin, mår dåligt och kanske inte har den högsta hygien, de har en annan vokabulär och känner sig påtvingade. De ser på myndigheter på ett annat sätt och i slutändan kan det kanske i vissa situationer vara opassande att ha dessa brukare bland sina

andra patienter

Det är ett faktum att de båda vårdgivarna har olika språk, begrepp och synsätt, i alla fall när det lyfts fram i litteraturen menar personalen på Prologen att det inte har någon betydelse då det gäller deras nya konsultläkare. De är tämligen överens när det gäller medicinering och han är inte den som skriver ut t ex bensodiazepiner utan han är väldigt restriktiv när det gäller medicin. Socs1 tycker däremot att det kan vara svårt när de ibland ”gömmer” sig bakom medicinen när de påstår än det ena än det andra. Socs2 tycker att det är den övriga sjukvården som medicinerar mycket och har ett annat synsätt och menar då p t ex vårdcentraler eller akutmottagningar. Hon upplever dock att psykiatrin skriver ut medicin som är adekvat. En annan aspekt är att de båda vårdgivarna har två olika huvudmän och om det har någon betydelse menar socs3 att de knappast är uppe på den nivån men att kommunen har politiker i botten. Prologen jobbar väldigt nära nämnden och de har sitt sätt att tänka vilket också överensstämmer när de jobbar med andra instanser inom kommunen. Socs3 menar vidare att Simrishamn har en stor psykiatri för att vara så liten. *”Även om ansvarsområdet är stort har vi fördelen med att vara här och nu utifrån att ha ett nära och bra samarbete, det finns folk däruppe, det finns tider och det finns plats.”* (Socs3) Det kan vara annorlunda för närliggande kommuner som till exempel Tomelilla men Prologen når samarbetet och så länge är de nöjda.

Det har framkommit i litteraturen att psykiatrin tycker att socialtjänsten har för höga krav på psykiatrin. Socs3 tycker att det är naturligt, att de som har det yttersta ansvaret, ställer stora krav så att dessa människor ska få sina rättigheter tillgodosedda. Socialtjänsten har hela tiden på sitt förfogande se till att den svage får plats i samhället Socs3 menar att dessa krav kanske i vissa lägen kan kännas provocerande, då det finns samma utbildning på båda sidor, samma verbala flöde, samma argumentation och samma tänkande som kan göra att samarbetspartnerna kan känna sig lite hotad på ett eller annat sätt. Dock menar de på Prologen att de inte ställer högre krav på psykiatrin än de ställer på Prologen. Socs1 menar på att psykiatrin säkert kan uppleva det som att de ställer höga krav och att de har fått höra det också.

Det finns också ett annat väl tilltaget begrepp inom denna sfär och det är när man talar om resurser, finns det något mer att önska i samarbetet? Socs3 uppger att de har pratat om någon form av avgiftningsbädd eller avgiftningsenhet för det saknas.

Det är katastrofalt, det finns människor som antingen måste tvångsomhändertas och det utan att välja. Konstiga saker, som vi väldigt ogärna, överhuvudtaget diskuterar. Sedan är det att

åka iväg till främmande platser under långa tider, köpa avgiftning eller åka, som socs2 nämnde, och sitta i Ystad tio timmar eller fem timmar med en människa som mår så dåligt. Det vore fantastiskt att ha samarbete angående avgiftning, det är ett mål och i längden skulle det kostnadsmässigt bli billigare för alla parter. (Socs3)

Socs1 tillägger att detta är ett gammalt önskemål som delas av alla SÖSK kommunerna. Andra saker som finns att önska i det här är det som socs2 nämner att de skulle behöva fler gemensamma träffar med slutenvården, både med läkare och med övrig personal som jobbar på avdelningarna. Träffarna skulle innebära att de kan diskutera mer om hur det ställer sig till denna grupp av missbrukare. Idag har de träffar med främst kuratorerna på båda enheterna men även med annan personal. Även om Prologen anser att de inte har ett bra samarbete med slutenvården så har de bra så har de bra kontakt med kontaktpersonerna inom slutenvården. Uppfattningen på Prologen är också att de inom slutenpsykiatri har mycket god kunskap om vilka Prologen är och vad de har för resurser, hur de fungerar och vad de kan förvänta sig av dem. Socs2 berättar också att när de har varit där så har de här kontaktpersonerna faktiskt uttryckt önskemål om gemensamma träffar och den tidigare nämnda missbrukskursen har de också gått tillsammans både med sluten och öppenvården och därefter har slutenvården haft önskemål om gemensamma träffar.

Socs2 menar det är viktigt att betona ”att vi verkligen har jobbat för ett bra samarbete, vi har ansträngt oss för att få ett bra samarbete. Det är ju ingenting som blivit av sig själv. Initiativet kommer inte från dem utan jag upplever att det är vi som har jobbat för att ha ett bra samarbete.” (Socs2) Socs1 menar att det är ”good timing” då den nya konsultläkaren har börjat där och att det aldrig hade gått med den förra läkaren som var där. Prologen vill klargöra att de vill bli bättre, tydligt klargöra att det är vad de är intresserade av, inte någon prestige, ingen syndabocksletare utan de vill utvecklas. Går det snett någon gång ska det användas för att det ska bli förbättring. Ibland upplever de fortfarande att brukarna bollas fram och tillbaka mellan enheterna, även om det har blivit så mycket bättre. Men det är fortfarande så till viss del inte minst i socs3 fall där han menar att det är katastrofalt och menar att psykiatri inte tror att de på Prologen kan något. Det menar han att de kan någonstans ifrån personliga intressen dessutom har de läst både psykiatri och psykologi. Han menar vidare att det är den här brukarens sjukdom som är så långvarig och speciell. De kan göras vad som helst angående missbruket men personen kommer aldrig att fungera normalt förrän denne är fri från sin psykiska sjukdom. Men trots detta vill socs3 klargöra att de numera har ett bra och fungerande samarbete. De har en öppen dialog kring brukarna och om inte denna kontinuitet fanns hade det inte funnits forum för att reda ut någonting. ”Detta är ett

sätt att få det hela att växa och få in ett och annat, upprättas, fungerande och givande, underbart!” (Socs3)

4.2 Öppenvården i psykiatri

Kur berättar att kommunen har en verksamhet, för missbrukare, som heter Prologen och personalen därifrån träffar vår läkare här och jag tror att det är en gång varannan vecka, återkommande träffar kring gruppen med dubbeldiagnos. Eftersom läkaren, som jobbar i öppenvården, jobbat mycket med missbrukare innan i Malmö har han dels mycket kunskap och har också ett intresse vilket gör att vägarna är korta emellanåt. Då är det lättare att fånga upp de här patienterna och samarbeta kring dem. Kur upplever att samarbetet i Simrishamn fungerar bra i alla fall under den tid den nya läkaren varit där. Kur berättar vad de gör i samarbetet och uppger att de träffar patienten tillsammans med Prologen. Det första steget för att överhuvudtaget få ett samarbete är att patienten går med på att de pratar med varandra och det gör de genom att skriva på ett sekretessgenombrott. Kur uppger att det nästan aldrig brukar vara några problem då det är för individens bästa så att de ska kunna få så bra hjälp som möjligt.

Kur berättar om ett bra samarbete om en brukare där hon efter en längre tids kontakt fick reda på att det även fanns ett missbruk med i bilden. Brukaren skötte inte riktigt sina besökstider på psykiatrin varpå kuratorn tog kontakt med Prologen och då bestämde de att de gemensamt skulle göra ett hembesök hos brukaren. Det blev ett bra besök, då brukaren öppnade och släppte in dem och tog även emot den information som gavs om Prologen, vilka de är och hur de jobbar. Det fanns inget motstånd och inget förnekande utan brukaren blev snarast lättad och la korten på bordet, och visade hela problematiken. Brukaren tog emot den hjälp som gavs och har idag väldigt bra kontakt både med Prologen och med öppenvården det vill säga kuratorn. Ett annat fall kur berättar är när det fungerade mindre bra men menar att det till största delen berodde på brukaren själv. Personen var i detta fall inte motiverad och ville inte riktigt erkänna att denne faktiskt hade problem. Kur menar att det är viktigt att ha patienten med sig i arbetet hela tiden.

Kur tycker att det råder ett bra och fungerande samarbete mellan psykiatrin och kommunens missbruksvård i Simrishamn och har inte mycket mer att önska i det. Hon påpekar att det är en liten kommun, ”*man har personkännedom om dem som jobbar där, man vet att det går att vända sig direkt, man når dem på mobilen, det går snabbt liksom.*” (Kur) Kur betonar att man

kan göra saker tillsammans, att det är lätt att få personalen med sig därifrån med kort varsel vare sig det gäller hembesök eller att besöka parkerna. Vidare uppger kur att dels kommer de till psykiatrin för att träffa deras läkare men att Prologen även har varit där och informerat om sin verksamhet rent generellt och då diskuteras inte enstaka brukare. Kur uppger också att hon vet och känner att de finns: *”Vi vet ganska mycket om varandra, vad den ene och vad den andra gör, var gränserna går, var den andres ansvar slutar och var den andres tar vid.”* (kur)

Kur fortsätter att berättar att man behöver ett samarbete för att hela sjukdomsbilden är så komplext och att den oftast består av massiv problematik. Hon tror att man behöver varandras kunskap i det här, att det är för tungt att ensam dra det iland så att det behövs flera personer kring de här personerna. Det faktum att de har vårdgivarna har två olika huvudmän menar kur att det är till fördel att se problemet ur flera perspektiv. Kur menar att hon upplever att det fungerar bra i Simrishamn och hon upplever inte att några andra har några svårigheter heller. *”Man har brukarens bästa för ögonen och det är samma målsättning om man jobbar inom psykiatrin eller socialtjänsten. Det är målet alla har, de ska inte fara illa, inte må så dåligt, skapa en dräglig tillvaro för dem, det har vi alla gemensamt.”* (Kur)

När det gäller resurser menar kur att det alltid är en faktor som är avgörande. Hon exemplifierar det med att man gärna vill bedriva missbruksvård i öppenvård då det är dyrt att skicka personer till behandlingshem. Det har ju hänt, uppger kur att de har haft vissa personer som de anser behövt komma iväg till något behandlingshem men att det stupat på grund av det ekonomiska läget. Hon menar att ekonomin styr i mycket när det gäller alla verksamheter: *”Det är ju alltid lätt att sitta och tycka att någon annan ska göra någonting, så det ju! Jag tycker nog att vi kämpar både dem och vi, så gott vi kan, utifrån de förutsättningar vi har”.* (Kur) Kur menar vidare att hon tycker samarbete överlag är viktigt, att man ska dra åt samma håll, ge samma budskap så att individen inte kan spela ut myndigheter mot varandra. För att tydliggöra det sistnämnda menar hon på att missbrukare kan vara väldigt manipulativa, då är det viktigt att man samarbetar, det kan handla om läkemedel så att individen inte kan gå och få utskrivet medicin på flera ställen. Kuratorn menar att det är viktigt att man öppnar ögonen och ser vad som finns runt omkring. *”Det kan ju också vara så att vi sitter och gör samma sak på olika håll utan att vi känner till den andre om man inte har något samarbete.”* (Kur)

Kur betonar att det är lättare i en liten kommun där det är kortare beslutsvägar och få personer. Hon menar på att litteraturen som beskriver detta fenomen allt jämnt skildrar

storstadsregionerna, där man vet att psykiatrin har varit förfallen. Där har väldigt få möjligheter att hjälpa patienterna och hon menar att det är väl tillgodosedda i Simrishamn om man jämför t ex med Malmö. I dessa stora sammanhang är de överbelastade, har större organisationer och länge beslutsvägar.

Här har jag tre, fyra namn och jag når dem på minuten om det skulle behövas. Och likadant tvärtom, och just detta att de kommer hit, att man har ett ansikte på dem. Kontakter har stor betydelse för samarbetet, liksom utbildning och ett intresse för den här patientgruppen. Ett stort engagemang spelar ju in! (Kur)

4.3 Slutenvården i psykiatri

Sjsk svar om vad ett samarbete är menar han att det är när att de olika vårdgivarna arbetar tillsammans på likadana villkor, med gemensamma strategier och delad grundsyn.

Samarbetets fokus måste vara att individen står i centrum och att det utvecklas ett gemensamt mål i detta arbete där den behandlande personen har sitt rättmätiga inflytande. En vidare utveckling av just de gemensamma strategierna är att man i detta samarbete har en människa som behöver stöd och hjälp. Om man ska kunna hjälpa en missbrukare med dubbeldiagnos måste man i strategierna se till vad det är som leder till att den här människan kan återfå sin funktion så att den kan fungera i samhället då det är det övergripande målet. Sjsk menar att det ibland kan vara så att det är en människa som är nere i ett svårt missbruk och samtidigt har en svår sjukdom, då måste man arbeta på ett annat sätt. I detta fall kan man kanske inte ha målet att individen ska komma tillbaka fullständigt, inte som en hel människa men som en fungerande människa och då är det viktigt att man i det här samarbetet kan dra åt samma håll. Ett exempel på detta, enligt Sjsk, är som de i den slutna psykiatrin har till uppgift att medicinskt säkerställa patienten, om det handlar om en person som kommer in och har druckit i flera månader då ska slutenvården i första hand se till att inte patienten dör då en obehandlad människa faktiskt kan dö av abstinens och delirium tremens eller andra följsjukdomar.

Då ska vi i första hand se till att den här människan fungerar så att det blir möjlighet till rehabilitering, eftervård, allting. Men när vi sätter igång med det här måste man ju i någon slags vård- och rehabiliteringskedja ha klart för sig vart man ska nå. Och då i det här samarbetet, om man ifrån kommunerna säger så till oss, att här kommer nu Kalle och den och den och vi räknar med att ni ska avgifta den här. Och vi avgiftar men den blir kvar vecka efter vecka, vecka efter vecka och vi förstår överhuvudtaget inte, men vad har ni tänkt? (Sjsk)

Sjsk menar att det ofta har sagts att det finns en planering till en speciell behandling, det kan till exempel vara ett behandlingshem.

Men håller man på och lurar varandra, ja då har man ingen möjlighet att lyckas för då har man ingen gemensam strategi. Och just det här att samarbeta på lika villkor det är ju på ett sätt att man måste mena allvar med samarbetet. Det snackas till höger och vänster om samarbete men ibland ger jag inte fem ören för det här utan det är bara snack! (Sjsk)

Sjsk menar att i ett riktigt samarbete är man ärliga mot varandra, man uttrycker ett gemensamt mål, man har gemensamma strategier så att man har en möjlighet att följa en människa i en behandling på ett bra sätt. Sjsk menar att sekretessen i vissa fall kan vara ett hinder för samarbete, men att det oftast löses på ett relativt smärtfritt sätt och det att fungerar om man verkligen vill. Sjsk berättar vidare att behandlingskedjan när det gäller denna grupp inte alls är rak utan den går fram och tillbaka. Så när det gäller en missbrukare med dubbeldiagnos så behöver de även ett stöd ifrån psykiatrin och det är inte alltid och oftast inte tillräckligt med det stöd som ges av kommunerna.

Sjsk tycker att samarbetet hittills har fungerat bra i Simrishamn och är en av de SÖSK kommuner där samarbetet fungerar bäst, inte rent tillfredställande bra, men ändå bäst i jämförelse t ex med Ystad där sjsk uppger att det aldrig har fungerat och sen finns det kommuner där det stundtals har fungerat bra som Tomelilla och Skurup. Sjsk berättar vidare att han tycker samarbetet med Prologen fungerar hyfsat men att han skulle vilja se att det togs mer gemensamma initiativ oavsett om det finns ett missbruk med eller inte. En bidragande faktor till som sjsk tror kunna vara till att samarbetet fungerar bra just i Simrishamn är att det finns en närhet och att det finns personal som har arbetat tillsammans tidigare i samma verksamheter.

Sjsk fortsätter att diskutera de faktorer som har betydelse i det här samarbetet och menar att lyhördhet och en känsla för delaktighet, revirövergripande aktiviteter och engagemang är centrala begrepp som avgör om ett samarbete fungerar bra. Det måste finnas en stor öppenhet och att det i allt samarbete måste finnas en delaktighet. Sjsk menar om man inte känner en delaktighet runt det arbete man ska utföra då kan det aldrig bli ett bra samarbete. Andra faktorer som sjsk uppger men som då driver samarbete åt det negativa hållet och en av de stora, rent av den största hämskon, som sjsk uttrycker det, är ekonomin. Han menar att allt samarbete fodrar resurser och finns det inga resurser kan samarbetet inte heller bli bra. Sjsk tycker inte att det finns varken tillräckliga resurser och intressen i det här samarbetet och att de bristande resurserna påverkar samarbetet negativt. Sjsk preciserar att det är kommunen som har ansvar fram tills att brukaren inte är så sjuk att det inte går att genomföra någon

behandling i kommunen. Ibland kan man misstänka att det är ekonomiska skäl som ligger bakom, uppger sjsk, när till exempel en patient som man kan säga är färdigbehandlad inom slutenvårdspsykiatri stannar kvar vecka efter vecka och egentligen finns det inte mycket mer vi kan göra för patienten. Sjsk menar att det är vice versa för patienterna/klienterna för varje enhet att man försöker få den andre att ta ansvaret och lägga över kostnaderna på varandra ”*Det har i vissa fall blivit ett slags ”chickenrace” mellan kommuner och landsting/region om vem som ska ta kostnaderna när det är oklarheter om vårdtider, diagnoser och rehabilitering.*” (Sjsk) En annan sak sjsk uppger är att man inte ska bygga upp reviren.

I många samarbeten har man sett att man sitter och försvarar sin egen budget sitt eget revir. Allt bra samarbete bygger på att man river reviren och river prestigen, att man förstår att i det här samarbetet behövs olika kompetenser och den ena kompetensen är inte mer värd än den andra utan att det är den totala kompetensen som är värt något i det här samarbetet. (Sjsk)

Sksj menar att om man sitter i sin profession vare sig det om det är sjuksköterska, kurator eller läkare då blir det bara ”pannkaka” av hela samarbetet. Alla hierarkier påverkar samarbetet negativt men sjsk uppfattning är att detta inte skiljer sig nämnvärt mellan kommuner och region/landsting.

Sksj menar att ibland ställer socialtjänsten stora krav på psykiatri vilket är ett problem med många bakomliggande orsaker. Ett exempel på de höga krav uppger sjsk att det kanske inte något just Simrishamn har gjort sig känt för men att det finns andra kommuner inom SÖSK som ringer upp och vill reservera en plats för en missbrukare som de vet far illa. Sjsk utvecklar resonemanget genom att berätta i det initiala skedet när missbruket har varit svårt behövs det göras en slutenvårdsavgiftning då det är väldigt svårt, nästan omöjligt att genomföra denna polikliniskt. Men det finns ett ex antal platser till förfogande och då är det svårt att ringa och mer eller mindre kräva att en plats ska reserveras. Till saken hör att psykiatri måste göra väldigt höga prioriteringar också och dessutom har de andra klienter utöver missbrukarna. Sksj uppger att de ibland har så fullt att de inte vet vad de ska prioritera och i detta sammanhang kan det ringa upp en socialsekreterare från någon av de angränsande kommunerna och säga att de också befinner sig i ett knepigt läge vilket man kan förstå. ”*Men därifrån att börja begära få garanterad plats i ett skede då de överhuvudtaget inte har klart för sig om man kan få in den här patienten.*” (Sjsk) Sjsk uppger vidare att ofta blir det förfarandet att man har ett vilande LVM eller ett LVM och han tycker att det ibland kan begäras orimliga saker då det inte går att svara på frågan från dag till dag. Alla korten måste läggas fram på bordet och det är någonting som inte ges och det därför blir orimliga krav.

”Sen kan jag tycka att det är orimligt att man i vissa fall vill, att patienten/klienten ska stanna en längre tid och det kan vi inte garantera och det har vi inte heller resurser för.” (Sjsk)

Sjsk menar att när de här människorna är färdigbehandlade då övergår kostnader och betalningsansvaret till kommunerna. Vad sjsk utöver detta menar med orimliga krav är att det både ifrån socialtjänstens som psykiatrins håll är dåligt pålästa vad var och en har för ansvar. Ibland ramlar det mellan stolarna och vem har ansvaret i den givna situationen? Sjsk menar att de klart vet att de har ansvaret när det gäller medicinska insatser och när det gäller vård, eftervård och habilitering är det kommunerna. Sksj upplever dock att det ibland kan hamna i mittzonen och kan tänka sig att det sitter en socialsekreterare någonstans och är hårt pressad. Det går inte att få fram en plats på ett behandlingshem då de allra flesta inte tar emot någon innan denne är avgiftad eller om den befinner sig i en abstinensfas. *”Man skulle kunna säga att vi ibland hamnar i orimliga situationer genom att varken socialtjänsten eller vi har de resurser som skulle behövas och där kan jag som varit med i många år se en väsentlig skillnad”* (Sjsk) Sjsk uppger att många menar att man inte ska haka upp sig på ekonomin men just i det här fallet så syns ekonomin otroligt klart.

Andra faktorer som sjsk uppger är att vårdgivarna använder sig av olika språk och begrepp och att detta i vissa fall kan det leda till kulturkrockar. Man har inom socialtjänsten klientbegreppet och inom sjukvården finns patientbegreppet vilket kan leda till att man fokuserar på skilda sätt när det gäller behandling och rehabilitering. *”Den ena världen vill inte eller kan inte förstå den andra.”* (Sjsk) Sjsk menar att ideologierna är skilda och i ett samarbete måste man ha någon ideologisk grundstomme att kunna samarbeta runt. Sjsk drar fram ett exempel att man runt missbrukare med dubbeldiagnos, ifrån kommunens sida, tycker att brukarna inte borde vara så mycket medicinerade. De tycker att psykiatrin är alldeles för friska på att medicinera och att det ibland kan utbryta rätt skarpa meningsoskiljaktigheter runt detta. Sksj menar att i det arbete man har ett social/psykologisk/psykiatriskt arbetssätt lyckas man bäst med samarbetet då man i detta fall har någon slags ideologisk plattform att utgå ifrån.

När det gäller olika huvudmän har sjsk den uppfattningen att samarbetet påverkas negativt av att det är olika huvudmän som ansvarar för speciella områden i kedjan och att alla trots sagda motsatsen ser om sitt hus, både ekonomiskt och inflytandemässigt.

Kommunerna fokuserar mer på den sociala delen, medan regionen/landstingen har en mer medicinsk syn på behandlingen. De olika professionerna har ofta skilda

synsätt. Kuratorer (socionomer) och psykologer delar ofta sitt synsätt med yrkeskollegorna än vad som är fallet mellan skötare och sjuksköterskor. Enligt min uppfattning har den senare gruppen lättare att samarbeta utan att lägga fokus på den egna professionen. (Sjsk)

För att utveckla detta citat menar sjsk om det inom t ex kommunen eller psykiatrin finns olika professioner så har skötare/skötare eller sjuksköterska/sjuksköterska lättare att samarbeta. Anledningen till detta är väldigt enkel eftersom de ofta har gemensamma referensramar. Så sjsk menar att det kan vara lättare för honom att samarbeta med en sjuksköterska anställd inom kommunen än det är att samarbeta med en socialsekreterare. Det är alltså lättare att samarbeta med en sjuksköterska i kommunen än det kan vara att arbeta med andra yrkesgrupper inom den egna organisationen men det är inte så konstigt då de är utbildade, i delvis, olika synsätt.

Sjsk berättat att när det gäller ”*samarbetet här nere i sydost Skåne finns samarbetet i vissa fall på samtliga plan men att det skiljer väsentligt i samarbetsmodellerna mellan de fem SÖSK kommunerna*”. (Sjsk) Sjsk har en idé om ett idealt samarbete som stäcker sig utanför gränserna av kommunens missbruksvård och psykiatrin. Han pratar om ett kompetensforum där man kan träffas ett antal gånger under ett år för att utbyta erfarenheter. Detta skulle då kunna bestå av föreläsningar men även att man har en öppen dialog och frågeställningar som; Var står vi nu?, Vad gör vi nu? Vad är det i samarbete som inte fungerar och hur kan vi utvecklas? I denna tankesmedja, som sjsk uttrycker det, skulle det ingå politiker, tjänstemän, övrig personal men även patienter och anhörigas intresseorganisationer som t ex anonyma alkoholister eller anonyma narkomaner. Som det är i nuläget, menar sjsk, att politikerna har väldigt dålig insyn i verksamheten i stort men att det kan variera från kommun till kommun. Vidare menar också sjsk att personalen på respektive arbetsplats skulle kunna få möjlighet att praktiskt känna på arbetssättet inom den andres enhet d v s vårdform och förvaltning.

Sjsk menar att man behöver ett samarbete för att optimera de samhällsinsatser som görs för den utsatta individen. Andra huvudmän borde vara inbegripna i detta samarbete till exempel Försäkringskassan. Samarbetsformerna måste utvecklas inför framtiden och med två huvudmän måste regeringen via Socialstyrelsen gå in och stimulera samverkan och metodutveckling på ett fastare sätt än vad som är fallet idag för att kunna ha en effektiv vårdkedja när det gäller missbrukare med dubbeldiagnos. Det är något som gäller för de flesta kommuner inklusive Simrishamn. Det diskuteras

ifall det var så lyckat med olika huvudmän. Förändringen hade dock inga ekonomiska motiv utan att det skulle bli en bättre vård och behandling för den drabbade där den skulle få en närhet i sin hemkommun och det skulle klart framgå klart och tydligt vem som håller i vad. Sjsk menar att det många gånger har blivit ett värre "virrvarr" men att det är ändå inte betjänt av att gå tillbaka till det gamla utan att man måste hitta nya och bättre samarbetsformer.

5. Analys

5.1 Vad är ett samarbete och hur kan det definieras?

För att förstå och kunna definiera samarbete måste man se det ur två perspektiv; dels det abstrakta perspektivet och dels det konkreta där handlingarna utförs, som i en vidare mening utgör definitionen av det abstrakta samarbetet. Med utgångspunkt från Levins (1995) avhandling så beskriver han människor som råmaterial inom organisationer, som till exempel socialtjänsten och psykiatrin. Arbetet som utförs mellan dessa organisationer är diffust och svårgripbart och det handlar om språkliga processer människor emellan där man diskuterar saker som stöd, undervisning eller motivation. Levin nämner också att om man ska kunna få någon slags struktur på samarbetet beror det på om det kan skapas rutiner runt de likheter och uppfattningar som finns om råmaterialet det vill säga människan. Han menar också att formen av ett samarbete utmärks genom organisationers förhållande till varandra. För att koppla denna teori till Mallanders (1996) sätt att definiera samarbete så sker det när organisationer interagerar det vill säga att de påverkar varandra. Samarbete innefattar även intention som innebär att man har avsikten och viljan att sträva mot ett och samma håll. Socialtjänstens och psykiatrins gemensamma strävan är, enligt sjsk, att medverka till att missbrukare med dubbeldiagnos kan återfå sina funktioner så att de kan fungera i samhället. Sjsk uttrycker detta i termer som att arbeta tillsammans på lika villkor, delad grundsyn och gemensamma strategier. Individens bästa måste hela tiden stå i fokus i samarbetet, menar sjsk, vilket kan vara uttryck för den gemensamma strävan, intentionen.

För att rent konkret beskriva hur detta samarbete kan se ut har jag i min forskning kommit fram till att det i Simrishamn kan bestå av gemensamma träffar. Prologen och öppenvårdspsykiatrin i Simrishamn har fortlöpande träffar varannan vecka där de diskuterar

missbrukare med dubbeldiagnos och lyfter fram deras behov. Delar av personalen, i de båda enheterna, har även gemensamma träffar runt speciella klienter/patienter när behov föreligger. Gemensamma träffar kan också innebära att vårdgivarna träffar brukaren gemensamt. Detta visar på att de har en gemensam strävan att nå resultat exemplifierat i att de kontakter varandra när de ser att det föreligger problem av båda kategorierna det vill säga missbruk och psykisk sjukdom. Kur på öppenvården i psykiatri tar fram det i ett exempel när hon hade en klient där hon upptäckte att det även fanns ett missbruk genom att ta kontakt med Prologen. Socs2 på Prologen gjorde det omvända, att hon kontaktade konsultläkaren i psykiatri då hon hade en klient som mådde väldigt dåligt psykiskt. Detta samarbete ledde till att problemen snabbt åtgärdades

Samarbete kan också bestå i rådgivande samtal och att de båda vårdgivarna konsulterar varandra för att få varandras kunskap vilket kan resultera i att en klient/patient snabbt får den vård som behövs. Det kan röra sig om inläggning för vård i psykiatri, att vederbörande person får rätt medicinering eller hembesök. Samarbetet består också av att man informerar varandra om sin verksamhet. Prologen har vid flera tillfällen besökt psykiatri och presenterar sin verksamhet på ett generellt plan. Konsultläkaren på öppenvården i psykiatri i Simrishamn gjorde en noggrann presentation av sig själv genom att berätta vem han är och vad han har gjort tidigare samt hans syn och förhållningssätt just när det gäller missbruk. Därutöver har Prologen tillsammans med slutenvården i psykiatri gått en kurs i missbruk.

Det konkreta som sker definierar formen av samarbetet. Verksamheterna kännetecknar både tillsammans och var för sig en strävan att nå ett gemensamt mål. Verksamheterna visar också på en intention, en avsikt och en vilja. Som Mallander (1996) beskriver det är samarbete ett överordnat begrepp till kategorierna; samverkan, samordning och sammansmältning. En vidare beskrivning av samarbetets särdrag gör Boklund (1985) där hon drar en parallell mellan samverkan och vad hon kallar en kategori av samarbete, *kollaboration*. Samarbetet i Simrishamn skulle kunna jämföras med denna kategori där man pratar om att yrkesgrupperna upprätthåller sin egen kompetens och sitt ansvarsområde. Samarbetet i varje enhet består av ett heterogent arbetslag men att de i samarbete med varandra möts i ett integrativt arbete, det vill säga de sammansmälter kring vissa specifika frågor. Förhållningssättet bygger på respekt för varandras kompetenser och kunskapsområden och en vilja att ta del av varandras perspektiv.

Mallander (1996) beskriver att i ett samarbete har man något som kallar domänkonsensus. Om man kopplar detta begrepp till Svenssons (1999) så menar han att när samarbetet brister beror det till huvuddelen på att det inte finns en konsensus om hur man ska arbeta kring missbrukare med dubbeldiagnos. Domänkonsensus innebär att man pratar samma språk och att man är överens om hur man ska arbeta samt hur man ska bemöta problemen. Mallander menar att det kan vara problem när två organisationer ska mötas i ett samarbete då de ska bibehålla sina egna identiteter. Inom en organisation finns det en sammanhållande ram av gemensam historia och förväntad framtid. Om nu två organisationer ska mötas i en konsensus, så nära en domänkonsensus som möjligt, då detta är en förutsättning för att samarbete skall uppnås, innebär det också att organisationerna måste riva sina egna revir och arbeta över gränserna. Man kan uttrycka det som att det emellan organisationerna finns ett nytt kompetensforum (Sjsk), ett tillfälligt existerande organ där man sammansmälter i specifika frågor. Det måste finnas någon ödmjukhet i detta arbete där man är öppen för nya synsätt än vad man traditionellt är van vid.

5.2 Vilka faktorer är avgörande för ett samarbete?

5.2.1 Positiva

Sjsk fras om avgörande faktorer; Lyhördhet, känsla för delaktighet, revirövergripande aktiviteter och engagemang är en bra och övergripande beskrivning av faktorer som måste till för att ett samarbetet skall fungera. För att återgå till Mallanders (1996) och de faktorer som läggs fram; gemensam målsättning, gemensamt ansvar för åtgärder och fattande beslut, ett gemensamt förhållningssätt och en helhetssyn, ha kunskap om varandras verksamheter, bli samspelta och att tidigt sätta in adekvata åtgärder för att nämna flertalet. Jag har redan i föregående frågeställning klargjort för den gemensamma målsättningen; att individens behov alltid måste stå i fokus. Det är sedan arbetet kring denna målgrupp som utgör samarbetet och bidrar också med de faktorer som avgör om de är bra fungerande eller inte fungerande faktorer för hela samarbetet i sin helhet. I Simrishamn har man gemensamma träffar, man besöker varandras verksamheter och konsulterar varandra för att få varandras kunskap vilket kan var ett praktiskt uttryck för lyhördhet, att man respekterar varandras kunskap och att man skaffar sig kunskaper om varandras verksamheter och får insyn i hur de fungerar. Vidare kan detta vara uttryck för en stor öppenhet där man går över sina egna revir och inser att missbrukare med dubbeldiagnos är en målgrupp med komplexa behov som i och med detta

innefattar behovet av vården också de olika kompetenser som man besitter både inom socialtjänsten och psykiatrin. I samarbetet i Simrishamn kan det innebära, att man river reviren runt sin egen verksamhet genom att inhämta varandras kunskaper och genom att konsultera varandra arbetar man över gränserna. Samarbetet borde i förlängningen medverka till att berörda parter känner en delaktighet vilken, enligt sjsk är en förutsättning för att det ska bli ett samarbete.

Levin (1995) menar att en avgörande faktor är formen på den omgivningsorganisation ska förhålla sig till och samarbetet är beroende av vilka resurser och vilken balans man kan uppåda i interaktionen. Socs2 uttrycker att de verkligen har arbetat för att få ett bra samarbete. Det är ingenting som kommer av sig själv och när man tittar vidare på hur samarbetet i Simrishamn ser ut så finns det former av samarbete, som jag kan tolka, man efterlyser på flera kommuner runt om i landet. En faktor, eller rättare sagt person som många gånger nämns i detta sammanhang är den konsultläkare som tillträtt tjänsten på öppenvården i psykiatri sen några år tillbaka. Man lyfter fram hans specifika egenskaper i form av stor erfarenhet av missbrukare, stor kompetens och utbildning samt ett stort intresse. Det är också av stor betydelse, för utfallet, om denne läkare finns tillgänglig när det gäller konsultation i brådskande fall. I det tidigare nämnda best case fallet påtalar de behovet av en sammankallande aktör som företräder ett helhetsintresse. Denne läkare skulle kunna likställas med en sammankallande aktör ifall man drar paralleller till Mallanders (1996) diskussion om eldsjälar. En person som karaktäriseras arbeta med stort engagemang, hängivenhet, handlingskraft, offervilja och dessutom besitter stor kompetens. En annan faktor som verkar vara avgörande för att bra och fungerande samarbete, är alla respondenter eniga om, att det är den geografiska närhet som finns i Simrishamn. Det är som nämnt, en liten kommun och tillika liten stad vilket gör det lättare att få vetskap om vad som finns runt omkring den organisation man arbetar i. Närheten kan bidra till att man lättare får kontakter och att det kan vara vanligare i Simrishamn, än många andra kommuner, att man samarbetat tidigare i något sammanhang. Socs3 på Prologen menar att närheten gör det lättare för dem att nå psykiatrin och kur på öppenvården uttrycker att man har personkännedom om dem som arbetar på Prologen. Detta kan resultera att man snabbare når varandra och att det går snabbt att få igång ett samarbete runt ett ärende.

5.2.2 Negativa

Jag inleder detta stycke med att nämna lite om sekretessen som i litteraturen lyfts fram som ett hinder för samverkan. Svensson (1999) tar fram ifrån psykiatriutredningen där de menar att sekretessen inte borde vara ett hinder då samarbetet är efterfrågat. Jag har inte heller funnit att sekretessen utgör något större hinder då det gäller samarbetet i Simrishamn. Kur på öppenvården i psykiatri berättar att det är i princip aldrig några problem eftersom individen inser att man arbetar för dennes bästa. Sjsk påpekar att sekretessen kan vara ett hinder men att samarbetet fungerar bara man vill. Däremot blir det hela lite mer komplicerat då man börjar diskutera i termer som olika språk, olika begrepp som klient/patient, olika fokusering när det gäller medicinskt och socialt och olika professioner vilket sammantaget kan nämnas att man har olika vårdkulturer, vilket också Svensson (1999) tar fram för att visa på skillnader. I det här fallet ska de dock benämnas som faktorer som är avgörande och betydande i ett samarbete. Dessa faktorer behöver nödvändigtvis inte vara negativa om man som kur på öppenvården tycker att det är bra att man fokuserar olika och får olika perspektiv på ett problem. Då kan det i förlängningen bli positivt för samarbetet om man kan arbeta över gränserna, och som tidigare påpekats, kan se det totala behovet av kompetensen. I litteraturen fokuserar man dock negativt när man lyfter fram dem men det kan bero på, att det i tidigare forskning benämnts som stora, om inte avgörande faktorer för ett samarbete. Man kan fråga sig vad det beror på och kanske ligger svaret i de termer Boklund (1987) benämner som ”exclusion” och ”inclusion” där hon i det förstnämnda menar att man vill försvara det unika i varje yrke och att det finns ett krav att man vill finnas som egen grupp och därmed ha en egen identitet. Sjsk menar att det är negativt att tycka man är unik i sin egen profession då det inte är till gagn i en samverkanssituation. Boklund diskuterar också professionens betydelse i ett samarbete och ofta är det ett problem som kan leda till rivalitet. Sammantaget är det så att det finns två olika perspektiv; ett socialt och ett medicinskt där socialtjänsten står för klientbegreppet och fokuserar på det som är ”friskt”, medan psykiatri (och övrig sjukvård) står för patientbegreppet och fokuserar på det ”sjuka”. Sjsk nämner att man inom varje profession har gemensamma referensramar där termer som begrepp och språk ingår. Mallander (1996) benämner förhållandet ungefär likvärdigt med en sammanhållande ram där det råder vissa normer och tolkningssystem och menar att det inte är helt enkelt att överföra dessa system i ett samarbete.

En annan faktor som benämns väldigt avgörande är resurser och det fokuseras mycket på ekonomin. Det är knappast något överraskande svar eftersom ekonomin troligtvis är en av de vanligaste orsakerna till att samarbetet inte fungerar om man ska tro den pågående diskussionen som var igång redan på ett tidigt stadium när man började diskutera behovet av samarbete. Som Ramström (1989) lade fram så är resurser en av de avgörande faktorerna om ett samarbete ska nås. Man pratar om betydelsen av att ha två olika huvudmän och att detta har lett till att man försöker slussa över brukarna till varandra. Sjsk menar att det finns mycket okunskap om varandras ansvar, vilket kan göra att samarbetet kan försvåras. Jag upplever dock inte att detta skulle vara fallet i Simrishamn. Av svaren att döma verkar de ha klart för sig vad som är vems ansvar. Det verkar snarare som att det är ekonomin som sätter ”käppar i hjulet” då man till exempel vill bedriva missbruksvård i öppenvårdspsykiatri, som Kur benämner det. Sjsk nämner andra situationer och en av dem är att brukaren kan stanna kvar i vården långt efter det att avgiftningen är klar. Vidare diskuteras det om oklarheter och om vem som ska ta ansvaret som kan orsakas av bristande resurser och följden kan bli att samarbetet blir lidande.

5.3 Vilka behov och motiv finns för samarbete?

Missbrukare med dubbeldiagnos och deras komplexa problembild utgör, det Mallander (1996) nämner, en kritisk situation som de traditionella åtgärderna inte biter på samtidigt som det också är flera intressegrupper som påverkas av problemet. Detta visar på att det finns ett behov att flera vårdgivare samarbetar, annars finns det risk för att brukarna, för att använda det traditionella uttrycket, ”faller mellan stolarna”. Som framgår av respondenternas svar och Kurs inlägg, om inte samarbete finns sitter varje enhet och gör sitt utan att vara medveten om vad andra gör och följden kan bli att brukarna bollas fram och tillbaka mellan enheterna. Problemet består då av, vad som tidigare framkommit i worst case, att vården kring individen blir fragmenterad av, vad man kan tycka, motverkande aktörer. Problemet är kanske inte så mycket att enheterna vill motverka varandra utan snarare att det inte finns någon som har en helhetsbild av individen. Kunskaperna aktörerna besitter var för sig är inte tillräcklig och man behöver varandras kunskap i ett samarbete. Socs1 på Prologen menar också att de inte kan bli framgångsrika i arbetet med missbruket om inte individen också får hjälp med sitt psykiska tillstånd. Det finns stora vinster med samarbete och det framkommer i tidigare redogörelse i fördelar med samverkan, att samarbetet förhindrar rundgång. Kur menar att samarbete i ett större spektrum gör att individen inte kan spela ut myndigheter mot varandra, vilket är ett

motiv för samarbete. Boklund (1987) redogör också för motiv för samarbete då hon påstår att man överbygger nackdelar med arbetsdelning, samtidigt som arbetsdelning underlättar specialisering. Kopplat till de tidigare redovisade fördelarna med samarbete så kan det underlätta samarbetet då man kan utnyttja varandras kompetens och erfarenheter. Det kan leda till att man får större förståelse för varandras arbete som i förlängningen kan ge vinster i form av administrativ och ekonomisk natur och inte minst kan det leda till en förbättring av brukarens utsatta position.

5.4 Vilka skillnader och likheter finns?

En likhet som jag kunnat skönja är att det finns önskemål om ett bättre och mera samarbete. I tidigare forskning framkommer det att de flesta kommuner efterlyser ett samarbete. Skillnaden skulle i så fall vara att det i Simrishamn finns ett slags formaliserat samarbete men att de ändå uttrycker önsknings om ett bättre samarbete i form av till exempel en avgiftsningsbädd som de för övrigt delar med övriga SÖSK kommuner. Andra konkreta åtgärder som efterlyses är flera gemensamma träffar, i Simrishamns fall är det då tillsammans med slutenvården. Sjsk pratar om ett samarbete i ett större sammanhang och skulle kunna tänka sig ett kompetensforum där alla inblandande aktörer tillsammans med frivilligorganisationerna skulle ingå. Detta är också nämnt i best case att frivilliga organisationer är av betydelse för att kunna nå det optimala för individen. Jan Ramström (1989) menar att det skulle gagna samarbetet ifall vårdgivarna fick möjlighet att ”prya” hos varandra vilket är en likhet med det Sjsj nämner att personalen praktiskt skulle kunna känna på arbetet hos varandra.

I den tidigare forskning som jag tagit del av skildrar mest storstadsregionerna eller något annat större sammanhang och om man ska tro det Kur nämner att det är svårare att få igång ett samarbete i de stora städerna, så det är överensstämmande ifall man tittar på bristerna. I så fall är det en avgörande skillnad då det i Simrishamn är ett mindre sammanhang och att det finns en geografisk närhet. Vinsterna med en liten kommun, har framkommit i intervjuerna, kan vara att det blir kortare beslutsvägar och mer personkännedom om varandra som kan leda till ett bättre samarbete. I Simrishamn har de bland annat gått utbildning tillsammans vilket är ett önskemål i andra kommuner vilket visar på en skillnad. Därutöver har man i Simrishamn olika projekt och former av samarbete som är en skillnad mot dem som inte har något samarbete alls. Likheter kan skönjas när man pratar om vårdkulturer för att påvisa bristerna.

Sjsk menar ”den ena världen vill inte eller kan inte förstå den andra”, där språk, synsätt och fokusering är av betydelse. Jag upplever att detta är något av de övergripande orsakerna för utformningen av ett samarbete och att det har varit så under en väldigt lång tidsperiod. I litteraturen nämns de bristande resursernas betydelse för ett samarbete vilket motsvarar en likhet som jag också funnit bland mina svar. Man vill lägga över kostnader på varandra genom att bedriva missbruksvård i öppenvård, att brukarna får stanna kvar i vården långt efter det att avgiftning har skett och det har blivit ett slags ”chickenrace” (Sjsk) när det gäller vård och diagnoser. Det kan medföra att brukarna bollas fram och tillbaka för den ena parten anser att missbruket är det primära medan den andra anser att det är det psykiska tillståndet som är det primära. En skillnad i Simrishamn skulle kunna vara att man idag delar en gemensam syn mellan Prologen och psykiatrin. De är beroende av varandras kunskaper som kan medföra att de olika vårdgivarna inte fokuserar på det traditionella sociala eller medicinska sätter. Då råder det ett socialt/psykiatriskt synsätt som Sjsk uttrycker det, då fungerar samarbetet bäst.

6. Sammanfattning

Mitt syfte med denna uppsats var att undersöka och diskutera begreppet samarbete både utifrån litteratur och i en konkret praktik, nämligen det arbete som bedrivs av socialtjänsten och psykiatri, gentemot missbrukare med dubbeldiagnos i Simrishamns kommun.

Mina frågeställningar var:

- Vad är ett samarbete och hur kan det definieras?
- Vilka faktorer är avgörande för hur ett samarbete fungerar respektive inte fungerar?
- Vilka behov och motiv finns för samarbete?
- Vilka skillnader och likheter finns?

Jag fann att man kan se ett samarbete ur två perspektiv; ett abstrakt och ett konkret. Formen i ett samarbete utmärks genom organisationers förhållande till varandra, hur de interagerar och påverkar varandra. Samarbete innefattar en intention och avsikt och vilja att sträva åt samma håll. Den konkreta formen av samarbetet i Simrishamn består i; gemensamma träffar vårdgivare emellan och tillsammans med brukare, rådgivande samtal, konsultation för att få varandras kunskap, information samt presentationer om sig själva och om sin verksamhet. Det abstrakta samarbetet definierar det konkreta och visar på viljan och strävan mot ett gemensamt mål. Förhållningssättet bygger på respekt på varandras kunskap och en vilja att ta

del av varandras perspektiv. Samarbetet innebär att man möts i domänkonsensus där man pratar samma språk och är överens om hur arbetet skall utföras. Det innebär också att man har en sorts ödmjukhet och kan riva sina egna revir för att samarbeta över gränserna.

För att nå fram till en gemensam målsättning måste man bli samspelade där faktorer som lyhördhet, känsla för delaktighet och engagemang har stor betydelse. Det är viktigt att man verkligen arbetar för ett samarbete. Avgörande faktorer för en positiv utveckling av ett samarbete har lyfts fram som personer med specifika kunskaper att likställas med en eldsjäl. En geografisk närhet som finns i Simrishamn leder till att man lättare får kontakter och personkännedom som kan bidra till en snabbare utveckling av samarbete. Sekretessen har lyfts fram som en negativ faktor för samarbetet men jag fann den inte avgörande. Större hinder utgör vårdkulturer med olika språk, begrepp och fokusering där det finns ett socialt och medicinskt perspektiv. De olika professionerna kan leda till rivalitet då man vill försvara det unika i varje yrke och kravet om att vilja ha sin egen identitet i en egen grupp. En negativ faktor är att vårdgivarna har två olika huvudmän där ekonomin har stort inflytande. Bristen på resurser kan medföra att vårdgivarna slussar över individerna till varandra då det råder oklarheter om vem som ska ta ansvaret.

Missbrukarens kritiska situation och att flera intressegrupper påverkas utgör ett behov av samarbete. Om inte samarbete finns sitter varje enhet och gör sina, kanske samma, åtgärder som den andra vilket kan medföra att brukarna bollas fram och tillbaka. Motiv för samarbete finns för att kunna få en helhetsbild av individen. Andra motiv är att man kan utnyttja varandras kompetens och erfarenheter vilket kan ge vinster i form av ekonomiskt och administrativ natur samt leda till förbättring av individens utsatta position.

Simrishamn har en likhet med andra kommuner då de efterlyser mera och ett bättre samarbete. Skillnaden är att det i Simrishamn finns ett formaliserat samarbete jämfört med vad det kanske inte finns i flera andra kommuner. Ett utvidgat samarbete är också önskvärt med alla inblandade aktörer samt med frivilliga organisationer. En likhet är att det finns tankar om att prova varandras arbetssätt genom att ”prya” hos den andra parten. I Simrishamn

finns det en geografisk närhet vilket är en skillnad mot storstadsregionerna. Detta kan medföra skillnader i form av kortare beslutsvägar och personkännedom. Likheter finns också när det gäller vårdkultur och resurser. Liksom i tidigare forskning, som i Simrishamn, har språk begrepp och olika fokusering betydelse. När det gäller resurserna vill man gärna lägga över kostnader på varandra. En skillnad i detta sammanhang skulle kunna vara att man i Simrishamn har en delad grundsyn, mellan socialtjänst och psykiatri, när det gäller missbrukare med dubbeldiagnos.

7. Slutdiskussion

Inledningsvis vill jag börja med att säga att jag har upplevt svårigheten att försöka definiera ett abstrakt ord som samarbete och även om jag anser att det inte finns någon annan metod, än den kvalitativa, för detta arbete så är jag också den erfarenheten rikare att veta problematiken av att urskilja svaren i kvalitativa studier. Nu när jag har arbetet bakom mig har jag fått så pass mycket kunskap att jag vet, att jag var en riktig ”grönis” när jag gick ut på forskningsfältet. Grön är jag fortfarande men har åtminstone blivit en nyans mörkare. Så här med facit i hand förstår jag att jag hade behövt fler och mer detaljerade frågor. Även fler respondenter hade kanske hjälpt men framför allt mer nyanserade frågor där svaren kunnat bidra till att ge mig en mer omfattande bild av problemet och vad det egentligen består i. Det känns som om jag vill dela itu varje liten reflektion för att sen problematisera det vidare. Det har onekligen väckts en rad frågor under analysarbetet. Jag kan inte påstå att jag har fått så mycket annorlunda svar än vad som tidigare har kommit fram. Det är de traditionella svaren som språk, begrepp, professioner, ekonomi och andra faktorer som bidrar till att samarbetet blir lidande. Dock har det givit mig en liten inblick i hur ett samarbete kan se ut och hur man resonerar i teorierna.

Det är inte förrän man har börjat problematisera begreppet man riktigt börjar tänka till kring det man har läst i litteraturen. En sak är att det efterlyses samarbete i princip på alla håll i landet men vad är det man efterlyser? Vad ligger det i orden? I Simrishamn har jag uppfattat det som att det råder olika former av samarbete men man önskar ändå ett bättre samarbete. Hur uppnår man ett bra, fungerande samarbete? Det som diskuterades i början av psykiatrireformen är fortfarande lika aktuellt. Vad har egentligen hänt och vad gör man för att

komma över hindren? Trots diskussionen och vikten av ett samarbete verkar det ändå inte hänt så stora förändringar. Vad som slår mig är att det i Simrishamn finns, till synes, ett bra fungerande samarbete när det tillträtt en ny läkare på psykiatrin. Ska det verkligen behöva vara så att en enda person skall kunna göra så stor skillnad? Och vad är det i så fall det avgörande av vad denna människa besitter? Är det utbildning, erfarenheten eller räcker det med ett personligt intresse? Det sistnämnda borde ju vara en gemensam nämnare för alla som jobbar inom dessa verksamheter. Vi har ju trots allt valt att arbeta där. Eller är det kanske så att de senaste årens nedskärningar har gjort att människor bara orkar att gå till sitt arbete men utan någon större entusiasm och arbetet hopar sig att man inte vet vilken ända man ska börja dra.

En annan sak jag har reflekterat över i detta sammanhang är den geografiska närhet som råder i Simrishamn som leder till bättre personkännedom och kortare beslutsvägar. Även om det är naturligt att det är så borde det inte vara en avgörande faktor. Men det är inte så konstigt för det handlar mycket om information och det är lättare att skaffa sig kunskap om omgivningen då det är litet och begränsat än det är i storstadsregionerna. Så vad är det för organisatoriska hinder som ligger i vägen för samarbete? Det faktum att det är två olika huvudmän för vården gör att aktörerna inte kan påverka vad som händer i den horisontella kedjan. Så även om man har lösningar på problemen ska de ändå förankras i den andres sektor. Hur ska vi komma tillrätta med skillnaderna i vårdkulturen? Är det en förändring som krävs redan i vår utbildning? Är det kanske så att vi "lär" oss fokusera på ett visst sätt redan då? Men mycket handlar nog om den ödmjukhet man talar om, att man respekterar varandras sätt att se på lösningar och inte tror att man sitter med den bästa själv. Jag kan dock förstå rivaliteten som uppstår! Problemet är dock den mänskliga faktorn och det finns inga givna ramar hur vi ska bete oss eller förhålla oss. I allmänt tal pratar man mycket om att personkemin ska stämma överens och kanske brister det många gånger redan här. Sen ska man över varandras trösklar och beträda varandras revir och ibland gör vi kanske som vargarna, går till ytterligheter. Jag tänker närmare på det exempel jag visade upp i uppsatsen i "Grannansvar", vilket var ett ypperligt exempel på ett icke-fungerande samarbete. Trots detta upplevdes verksamheten positivt av besökarna. Vägarna i samarbetsituationer är långt ifrån raka och det finns sannerligen mycket att forska kring innan man kan urskilja *samarbetets alla dimensioner*.

5. Källförteckning

Angelöw, Bosse (1990) *Samverkan för arbete och rehabilitering*. Cafo: Högskolan i Växjö

Boklund, Ann (1987) *Samverkan inom socialtjänsten*. Stockholms universitet: Socialhögskolan

Halvorsen, Knut (1992) *Samhällsvetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur

Levin, Claes (1995) *Socialtjänsten och Minnesotamodellen*.

Mallander, Ove (1996) *Det måste se ut som en arbetsplats*. Lund: Socialhögskolan

Repstad, Pål (1993) *Närhet och distans*. Lund: Studentlitteratur

Socialstyrelsen 1999:1, *Personer med svår psykisk störning och missbruk*. Stockholm: Kopiecenter

Socialstyrelsen 1994:4; *Rutger Engström – psykiskt sjuk eller missbrukare?* Stockholm: Kopiecenter

SoS-rapport 1989:33 *De glömda narkotikamissbrukarna*. Stockholm: Garnisonstryckertiet

Sos-rapport 1996:14 *Psykiskt störda missbrukare*. Linköping: LTAB

Sou 1992:3 *Psykiskt stördas situation i kommunerna*. Stockholm: Nordstedts Tryckeri AB

Starrin, Bengt & Dahlgren, Lars & Larsson, Gerry & Styrborn, Sven *Från upptäckt till presentation*. (1991) Lund: Studentlitteratur

Svensson, Johan (1999) *"Dubbel diagnos" Gnistan och Nyängsvägen*. Stockholm: Elanders Gotab

Topor, Alain & Wahlström, Magnus (1985) *En inventering av samarbetet mellan socialtjänsten och psykiatrin vid socialdistrikten i Stockholm kommun*. Stockholms socialförvaltning

Bylund, Karin (Kurator, Simrishamn) Bandinspelad intervju den 11 april 2003

Prologen (missbruksvård, Simrishamn) Bandinspelad gruppintervju den 7 april 2003

Öberg, Torbjörn (Leg. Sjuksköterska, Simrishamn) Internetintervju per den 11 april samt kompletterad bandinspelad intervju den 18 april 2003

BILAGA 1

Intervjuguide

1. Vad innehåller ett samarbete och vad menar man när säger att man samarbetar?
2. Vilka former av samarbete finns det?
3. Vilka faktorer spelar roll för hur ett samarbete skall fungera?
4. Varför behövs samarbete?
5. Hur påverkas samarbetet av att ni har två olika huvudmän?
6. Påverkas samarbetet av sjukvårdens/socialtjänstens bristande resurser och i så fall på vilket sätt?
7. Det sägs att det finns en rådande hierarki inom sjukvården, hur påverkar den samarbetet?
8. Ställer socialtjänsten/psykiatrin för stora krav på varandra?
9. Finns det tillräckligt med stora intressen och resurser, för båda parter att samarbeta och att hjälpa denna grupp?
10. Ni använder er av olika språk och begrepp, är det av betydelse för samarbetet?
11. Det finns två olika perspektiv på vården av psykiskt störda missbrukare, ett socialt respektive medicinskt, har dessa någon inverkan på samarbetet och i så fall på vilket sätt? fördelar eller nackdelar?
12. Kan man förbättra samarbetet?
13. Behöver samarbetsformerna förändras i framtiden och hur bemöter man dem med två olika huvudmän?