

# Perspektiv på psykiatrins premisser

*– olika företrädares syn på samverkan mellan kommun och landsting*

Av Jenny Hellsten

---

LUNDS UNIVERSITET  
Socialhögskolan  
SOPA63  
Examensarbete  
VT 2009



Handledare: Anders Östnäs



## ABSTRACT

---

Author: Jenny Hellsten

Title: Perspectives on the Premise of Psychiatric Care  
– different representatives' views on collaboration between the municipality  
and the psychiatric health care sector [translated title]

Supervisor: Anders Östnäs

Assessor: Carina Tigervall

The purpose of this study was to examine the views on collaboration between the municipality (social services) and the psychiatric health care sector. More specifically its aim was to find out how collaboration currently is described by different representatives within the two organizations and to analyze these findings. The goal of the study was to reach a better understanding of the priorities made during collaboration between the municipality and the psychiatric health care sector regarding the mentally disabled. The theories I chose to analyze my results focus on competence development and team work building. The method I used was qualitative interviews. I interviewed two representatives from each organization, plus a “personal representative” (personligt ombud) to get the client/patient’s point of view.

My main results indicate that the representatives find collaboration between the two organizations as functioning while there is room for improvement. Personal relations, clear directives and a will to collaborate are seen as important factors. When it comes to merits and shortcomings of the overall system, the other organization as well as the organization of their own the results indicate that the municipality thinks the shared responsibility is a problem, while the health care sector mentions constant reorganizations as a collaboration blockage. Both organizations think interpersonal contacts can be arbitrary and they both agree on the importance of communication to collaborate properly. The municipality expects to be met by professionalism from the health care sector, while the health care sector expects respect and information from the municipality. The two organizations have different goals and therefore different priorities. When it comes to collaboration there is a will to collaborate, but the individual collaborators are key elements to how cooperation works in every day life. Directives and documents are not considered to be the most important factor, yet clarity and flow charts are seen as positive. Other important factors are mutual understanding and more knowledge about each other. When the different representatives describe the ideal collaboration situation they mention having a common financial budget and preferably being one organization.

---

### Key words:

*psychiatric care, collaboration, cooperation, competence, organization, mentally disabled*



# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

|  |           |
|--|-----------|
| <b>FÖRORD</b>  | <b>1</b>  |
| <b>1. INLEDNING</b>  | <b>2</b>  |
| 1.1 Problemformulering   | 2         |
| 1.2 Avgränsningar  | 3         |
| 1.3 Syfte och mål  | 4         |
| 1.4 Frågeställningar   | 4         |
| 1.5 Disposition  | 4         |
| <b>2. LITTERATURGENOMGÅNG</b>  | <b>5</b>  |
| 2.1 Teoretisk utgångspunkt   | 5         |
| 2.1.1 <i>Kollektiv kompetens</i>   | 5         |
| 2.1.2 <i>Halls kompetensutvecklingsteori</i>                                 | 7         |
| 2.2 Definition av centrala begrepp   | 9         |
| 2.2.1 <i>Psykiskt funktionshinder</i>  | 9         |
| 2.2.2 <i>Samverkan</i>   | 9         |
| 2.3 Tidigare forskning   | 10        |
| 2.3.1 <i>Drivkrafter, motiv och vinster med samverkan</i>                    | 10        |
| 2.3.2 <i>Hinder, brister och problem vid samverkan</i>                       | 11        |
| <b>3. METOD</b>  | <b>15</b> |
| 3.1 Val av metod   | 15        |
| 3.2 Förförståelse  | 15        |
| 3.3 Urval och tillvägagångssätt  | 16        |
| 3.4 Etiska överväganden  | 17        |
| 3.5 Presentation av intervjupersonerna                                       | 18        |
| 3.5.1 <i>Kommunens representanter</i>  | 18        |
| 3.5.2 <i>Landstingets representanter</i>                                     | 18        |
| 3.5.3 <i>Klienterna/patienternas representant</i>                            | 19        |
| <b>4. BAKGRUND</b>   | <b>20</b> |
| 4.1 Huvudmännen: kommun och landsting  | 20        |
| 4.1.1 <i>Verksamhetsramar</i>  | 20        |
| 4.1.2 <i>Ansvarsfördelning</i>   | 20        |
| 4.1.3 <i>Betydande skillnader</i>  | 21        |
| <b>5. RESULTATREDOVISNING OCH ANALYS</b>                                     | <b>22</b> |
| 5.1 Begreppsdefinitioner och beskrivning av resurser                         | 22        |
| 5.1.1 <i>Definition av psykiskt funktionshinder</i>                          | 22        |
| 5.1.2 <i>Skillnad mellan psykisk ohälsa och psykisk sjukdom</i>              | 23        |
| 5.1.3 <i>Beskrivning av tillgängliga resurser inom respektive verksamhet</i> | 23        |

|  |           |
|--|-----------|
| 5.2 Samverkan  | 23        |
| 5.2.1 Definition av samverkan  | 23        |
| 5.2.2 Skillnad mellan samverkan och samordning                           | 24        |
| 5.2.3 Beskrivning av hur samverkan ser ut                                | 26        |
| 5.2.4 Olika perspektiv på hur samverkan fungerar                         | 27        |
| 5.2.5 Styrning av samverkan  | 28        |
| 5.2.6 Hinder till bättre samverkan                                       | 29        |
| 5.3 Brister och förtjänster  | 31        |
| 5.3.1 Systemets brister och förtjänster                                  | 31        |
| 5.3.2 Kommunens brister och förtjänster                                  | 33        |
| 5.3.3 Landstingets brister och förtjänster                               | 34        |
| 5.3.4 Hur klienterna/patienterna påverkas                                | 35        |
| 5.3.5 Samsyn respektive olikhet  | 37        |
| 5.4 Kommunikation  | 38        |
| 5.4.1 Kommunikationen mellan kommun och landsting                        | 38        |
| 5.4.2 Betydelsen av kommunikation i ett samverkansperspektiv             | 39        |
| 5.4.3 Förståelse och gemensamt ”språk”                                   | 40        |
| 5.5 Förväntningar  | 41        |
| 5.5.1 Kommunens förväntningar på landstinget                             | 41        |
| 5.5.2 Landstingets förväntningar på kommunen                             | 41        |
| 5.5.3 Personligt ombuds perspektiv på förväntningarna mellan huvudmännen | 42        |
| 5.6 Prioriteringar   | 43        |
| 5.6.1 Upplevelse av prioriteringsordningen                               | 43        |
| 5.7 Idealtillstånd   | 43        |
| 5.7.1 Olika perspektiv på ”Framtidens psykiatri”                         | 43        |
| 5.7.2 Olika perspektiv på idealtillståndet för samverkan                 | 44        |
| <b>6. SLUTDISKUSSION</b>   | <b>45</b> |
| 6.1 Sammanfattning av resultaten   | 45        |
| 6.2 Diskussion om psykiatrins samhällliga dilemma                        | 47        |
| <b>REFERENSER</b>  | <b>49</b> |
| <b>APPENDIX</b>  |           |
| Appendix I <i>Begreppsdefinitioner</i>                                   |           |
| Appendix II <i>Aktuella lagtexter</i>                                    |           |
| <b>BILAGOR</b>   |           |
| Bilaga A <i>Intervjuguide</i>  |           |
| Bilaga B <i>Muntlig information till intervjupersonerna</i>              |           |

## FÖRORD

Jag vill tacka min handledare Anders Östnäs för ovärderligt kunskapsförmedlande och stöd i skrivandeprocessen. Jag vill även tacka mina intervjupersoner för att ni velat ställa upp på att delta i denna undersökning och på så sätt bidra till att ytterligare belysa brister och förtjänster vad gäller samverkan mellan kommun och landsting angående det psykiatriska verksamhetsområdet. Jag vill även passa på att tacka för ett trevligt och givande studiebesök på Fontänhuset där jag fick ta del av brukarperspektivet när det gäller kontakter med kommun och landsting.

Jag har lärt mig mycket under uppsatsskrivandet och jag önskar även Er läsare större insikter och ökad förståelse för den komplexitet, skilda perspektiv och varierande premisser som gäller inom psykiatrin i såväl kommunens som landstingets regi.

Trevlig läsning!

*”Man kan ha väldigt fina dokument, väldigt fint uppstrukturerat vem som ska göra vad och hur man ska göra och hur man ska gå till väga, men det gäller ju att få ner det i organisationen så att alla har samma uppfattning om det som står där.*

*För annars kan man ju tolka saker på olika sätt.*

*Allt går ju att tolka på olika sätt”.*

Socialsekreterare, socialförvaltningen

# 1. INLEDNING

Samverkan är en central utgångspunkt för många människobehandlande organisationer och myndigheter. Målsättningen är ofta att samarbeta med varandra, bilda allianser och samordna olika insatser. När det gäller psykiatrin är samverkan mellan kommun och landsting viktig för psykosociala insatser och bästa möjliga vård till klienter/patienter. I problemformuleringen nedan diskuterar jag de svårigheter och möjligheter som finns inom psykiatrins verksamhetsområde i psykiatrireformens spår samt med psykiatrins samhälleliga dilemma i fokus.

## 1.1 Problemformulering

Under min praktiktermin deltog jag i en temakväll kallad *Psykiatri i samverkan*. Då fick jag insyn i de skilda synsätt och prioriteringar som råder hos kommunala beslutsfattare och verksamhetsansvariga inom psykiatrin. Jag fann därför detta undersökningsområde intressant att studera närmare, särskilt med tanke på att psykiatrin många gånger tycks ha en nästan osynlig framtoning i samhällsdiskussionerna. I medierna uppmärksammas ofta vansinnesdåd, medan ekonomiska neddragningar och organisatoriska hinder tycks försvåra villkoren för de psykiskt långtidssjuka. Även begreppsmässigt finns det en rad olika definitioner på vilka som ingår. Det tycks inte handla om en homogen grupp, utan det finns en rad psykiska problem och psykiatriska störningar som innebär att olika typer av insatser krävs i form av behandling, rehabilitering samt olika former av boenden och stödåtgärder. Detta försvårar möjligheterna till hjälp och många tycks ”falla mellan stolarna” med hemlöshet, missbruk och social utslagning som följd.

Psykiatriutredningen *Välfärd och valfrihet* (SOU 1992/93:73) kom fram till att psykiskt funktionshindrade hade det sämre än andra grupper i samhället. Resultaten medförde att kommunerna tog över ansvaret för en rad verksamheter som tidigare varit i landstingets regi. Fokus låg i att ge större självständighet till denna grupp, samtidigt som verksamheten var tänkt att utgå ifrån ett behovsperspektiv. Psykiatrireformen fastslog att ansvaret för det psykiatriska verksamhetsområdet skulle delas mellan två huvudmän, kommun och landsting. Graden av statlig styrning är minimal vilket innebär att kommuner och landsting kan upprätta egna lösningar för samverkan när det gäller denna målgrupp. Landstinget har dock det medicinska huvudansvaret, både vad gäller primärvården och specialistpsykiatrin för dessa patienter. Kommunernas insatser (socialförvaltningarna) sträcker sig till boendestöd, dagverksamhet samt sysselsättning. Samverkan och samordning mellan kommun och landsting sker ofta parallellt och handlar till stor del om rehabilitering. Socialstyrelsens (2005)



utvärderingar av psykiatrireformens utfall 2002-2004 visar att många psykiskt sjuka inte får den hjälp de behöver. Kritiken innefattades av låg personalkompetens, dålig samverkan och knapphändiga handlingsplaner inom kommunal socialpsykiatri och landstingets psykiatri. Det framgick även att det finns brister vad gäller boendefrågan och sysselsättning särskilt med tanke på att insatserna inte samordnas eller följs upp. Utvärderingen visade även att det finns stora skillnader mellan olika kommuner och att det framförallt är de små kommunerna som inte har möjlighet att leva upp till psykiatrireformens intentioner. Nationell psykiatrisamordning (SOU 2006:100) som behandlade psykiatrisamordning och styrning kom fram till att det fanns stora brister i hur samverkan sköts mellan kommun och landsting när det gäller gruppen psykiskt funktionshindrade. Enligt Printz (2001) var problemet med psykiatrireformen att mycket handlade om resursfördelning vilket ledde till att kommun respektive landsting i praktiken kunde slå ifrån sig ansvaret. Bristande samverkan kan därför i förlängningen innebära att ingen tar ansvar för denna grupp.

Det är just samverkan jag är intresserad av att studera, eller snarare beskrivningar om *hur samverkan fungerar* i praktiken mellan kommun och landsting när det gäller psykiskt funktionshindrade. Jag har därför valt att undersöka hur olika företrädare inom verksamheterna ser på betydelsen av samverkan mellan de två huvudmännen och deras gemensamma ansvar. Det finns en bred kompetens inom respektive verksamhetsfält samtidigt som denna komplexitet med respektive kompetensområde behöver samordnas för att komma klienterna/patienterna till del i det praktiska verksamhetsutövandet.

## 1.2 Avgränsningar

Jag har valt att avgränsa mitt undersökningsområde till en mellanstor kommun. Jag har även valt att studera *en* kommun och ämnar därmed inte göra en jämförande studie mellan olika kommuner och landsting. Som ytterligare avgränsning utgår jag från de personer som enligt intervjupersonerna definieras som psykiskt funktionshindrade (se definition 2.2.1). Inom landstinget väljer jag att undersöka hur kontakterna med landstinget sköts då det gäller öppenvården och jag lämnar därmed slutenvården därhän. Det är främst samverkan mellan kommun och öppenvården jag intresserar mig för, till exempel boendestöd, sysselsättning eller dagverksamhet, därför fann jag det inte aktuellt att undersöka hur samverkan med kommunen fungerar med en sluten vårdavdelning. Jag har med tanke på mitt metodologiska utgångsläge valt att studera hur samverkan sköts utifrån ett mellanmänniskt perspektiv och jag kommer inte att analysera samverkan utifrån organisationsstrukturer eller organisationsteori.

### **1.3 Syfte och mål**

Syftet med den här studien är att beskriva och analysera det psykiatriska arbetet mellan kommun och landsting med fokus på samverkan. Målet med studien är att nå en djupare förståelse för vilka prioriteringar som görs när det gäller samverkan mellan kommun och landsting samt vilka villkor som styr denna process inom det psykiatriska verksamhetsområdet med tanke på de som anses vara psykiskt funktionshindrade.

### **1.4 Frågeställningar**

- Hur beskriver olika företrädare från kommun respektive landsting arbetet inom respektive organisation i dagsläget när det gäller det psykiatriska verksamhetsområdet?
- Hur beskriver olika företrädare samverkan kring sina respektive insatser, dels mellan de olika organisationerna och dels inom den egna organisationen utifrån den nuvarande situationen?
- Vilka brister och förtjänster anser företrädarna finns med det nuvarande systemet, den egna respektive den andra organisationen?
- Vilken betydelse anser de olika företrädarna att kommunikation har i ett samverkanssammanhang?
- Vilka förväntningar har olika företrädare på insatser av andra företrädare angående samverkan mellan de olika psykiatriska verksamheterna?
- Hur beskriver olika företrädare prioriteringsordningen när det gäller samverkan mellan de olika psykiatriska insatserna?
- Hur beskriver olika företrädare idealtillståndet när det gäller samverkan för att få till stånd bästa möjliga vård för klienter/patienter?

### **1.5 Disposition**

I följande kapitel beskriver jag teorier, begreppsdefinitioner samt tidigare forskning. I tredje kapitlet diskuterar jag metodval, urval och tillvägagångssätt. Här ingår även en beskrivning av min egen förståelse samt forskningsetiska överväganden liksom en presentation av mina intervjupersoner. I det följande kapitlet övergår jag till att ge en generell bakgrund till de organisatoriska, lagstadgade villkor och processer som styr samverkan mellan kommuner och landsting. Därefter redovisar jag i kapitel fem mina resultat samt analyserar insamlingsmaterialet för att slutligen i kapitel sex sammanfatta resultaten och föra en slutdiskussion kring vad jag kommit fram till. Här kommer jag även att inflika personliga reflektioner utifrån ett vidare samhällsligt perspektiv.

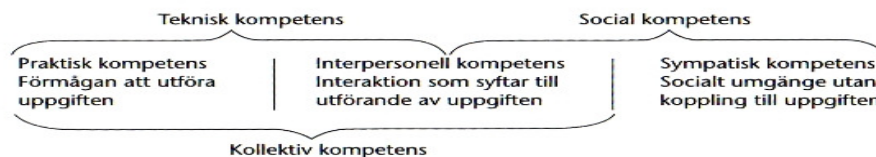
## 2. LITTERATURGENOMGÅNG

### 2.1 Teoretisk utgångspunkt

Som teoretiskt avstamp har jag valt att använda begreppet *kollektiv kompetens*. Detta begrepp har jag valt med tanke på att mitt forskningsområde behandlar hur skilda verksamheter med olika kompetenser som samtidigt har ett gemensamt mål i en specifik uppgift. Detta kräver i sin tur att deras kompetenser kompletterar varandra. Inledningsvis kommer jag att beskriva de bakomliggande mellanmännsliga processerna som möjliggör samverkan utifrån detta begrepp. Mitt andra teoretiska analysverktyg är Halls *kompetensutvecklingsteori*. Denna teori har jag valt eftersom jag anser att just kompetensutvecklingen och förståelsen för de skilda kompetenserna mellan kommun och landsting är avgörande för hur samverkan sköts i praktiken.

#### 2.1.1 Kollektiv kompetens

Forskaren och ekonomi Dr. Henrik Hansson (2003) menar att *kollektiv kompetens* står för vad som även kallas ”teamwork” fast här tar man mer fasta på de processer som ligger till grund för hur samarbete fungerar. ”*Kollektiv kompetens är resultatet av att en arbetsgrupp genom interaktion utvecklar kompetensen hos gruppen*” (Hansson, 2003 sid. 15). Samarbetskonstellationerna anses i förlängningen vara större än de som finns vid teamarbete och kan enligt Hansson (2003) vara organisationer som samarbetar. För att ytterligare beskriva vad begreppet kollektiv kompetens innebär har Hansson utvecklat en modell där han beskriver hur förhållandet ser ut mellan olika sorters kompetens:

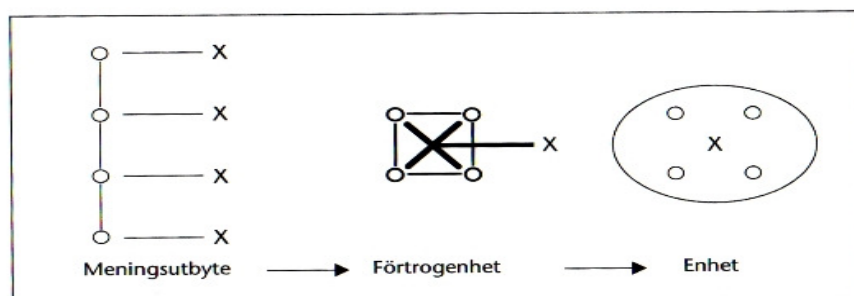


Figur 2.1 Förhållandet mellan olika typer av kompetens.

Källa: Hansson, 2003 sid. 26

Utifrån ovanstående figur är det uppenbart att den kollektiva kompetensen består i praktisk och interpersonell kompetens i kombination. Hansson (2003 sid. 26) menar att ”*Det är i båda dessa interaktiva processer som det gemensamma meningsskapandet växer fram*”. För att detta ska ske på ett smidigt sätt menar han att det är viktigt att vara ödmjuk och lyhörd liksom att skapa en balans mellan givande och tagande i de sociala relationerna. *Interpersonell kompetens* är kopplat till en uppgift med ett specifikt syfte eller målsättning. Detta är en mer

rationell form av social kompetens som även innefattar normer och värderingar. *Praktisk kompetens* är i det här sammanhanget baserad på individens skicklighet att genomföra uppgiften. *Sympatisk kompetens* är sociala kontakter och samvaro som inte är relaterad till arbetsuppgifter eller deras utförande. Trots att det finns vinster genom att arbetsgruppen kommer närmare varandra menar Hansson (2003) att sympatisk kompetens hämmar arbetsprocessen. Beskrivningen och definitionerna av de skilda kompetensbegreppen gör det enligt Hansson (2003) lättare att förstå hur kollektiv kompetens fungerar och yttrar sig i praktiken. Samtidigt menar han att det finns en gradskillnad i hur kollektiv kompetens kommer till uttryck. För att nå förståelse för begreppet och dess innebörd har Hansson (2003) skapat tre stadier av kollektiv kompetens för att beskriva hur förhållandet dem emellan.



Figur 2.2 Förhållandet mellan de olika stadierna av kollektiv kompetens.

Källa: Hansson, 2003 sid. 30

Det första stadiet handlar om *meningsutbyte* där (o) innebär att varje enskild individ har egen insikt och förståelse för uppgiften (x). Illustrationen ovan visar på att individerna har olika sätt att tolka hur samma uppgift ska utföras. Definitionen av meningsutbyte handlar om att delge något gemensamt, ofta i betydelsen av informationsutbyte såväl verbalt, men även rent praktiska tillvägagångssätt. Hansson (2003 sid. 31) menar även att meningsutbytet ”förmedlar och skapar en kollektiv avsikt som leder till gemensam handling mot ett gemensamt mål”. Det viktigaste ser han dock som att uppnå gemensam förståelse. I detta stadium är kommunikation en central process. Gruppens medlemmar måste kommunicera och beskriva vem som ska göra vad samt hur detta ska genomföras. I detta sammanhang är även den praktiska och interpersonella kompetensen viktig för att uppnå meningsskapande vilket i sin tur leder till nästa fas.

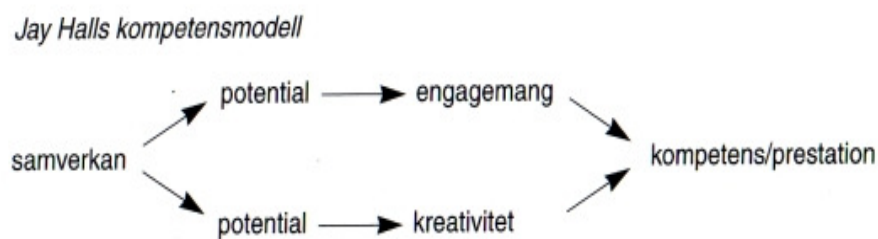
I stadiet *förtrogenhet* ”har individen eller gruppen en sådan gemensam förståelse för varandra och av uppgiftens art att meningsutbyte inte i samma utsträckning behövs” (Hansson 2003 sid. 30). Här handlar det om att utföra arbetsuppgifterna utan att reflektera över hur de utförs. Detta kan även tolkas utifrån begreppet ”tyst kunskap” vilket innebär att kunskapen

inte behöver förmedlas i ord utan att man gemensamt med andra **vet** hur saker och ting ska skötas. Detta betyder att individerna genom erfarenheterna i meningsskapandet lärt sig hur uppgiften ska utföras i ett gruppsammanhang. Kompetensen som krävs har sålunda internaliserats för att gälla i den specifika kontexten.

I det slutliga stadiet, **enhet** finns ett enhetligt agerande med ömsesidig förståelse för varandra samt den gemensamma uppgiften. I det här sammanhanget är känslan av tillhörighet central samt att det inte finns några betänkligheter eller tveksamheter gällande hur arbetsuppgiften ska utföras. Hansson (2003 sid. 33) menar att *"individerna i kollektivet har utvecklat ett gemensamt meningsskapande och därmed strävar de åt samma håll"*. I detta stadium vet individerna vad som behövs göras och tar vid och får saker gjorda utan att detta behöver kommuniceras öppet. Det finns ett samförstånd där man är i samklang med varandra och kan lösa såväl rutinmässiga som ovanliga uppgifter på ett smidigt sätt.

### 2.1.2 Halls kompetensutvecklingsteori

Sociologiprofessorn Lars-Erik Wolvén (2000 sid. 153) menar att Jay Hall, forskare och socialpsykolog, utgår ifrån att *"människor behöver handla på ett kompetent sätt, inte bara för att överleva, utan för att fortsätta utvecklas och berikas"*. Hall utgår ifrån att kompetensen är en belöning i sig därför att kompetensen leder till ökad berikning. För att uttrycka kompetensen, de egna färdigheterna, krävs dock andra människor. Halls kompetensutvecklingsmodell utgår ifrån samverkan, som i sin tur även är utgångspunkten för såväl kreativitet som engagemang (ibid).



Källa: Wolvén, 2000 sid. 154

De tre faktorer som kan gynna samverkan är enligt Hall: (1) ledningens värderingar, (2) trovärdigheten hos ledningen samt (3) den kringliggande stödstrukturen, det vill säga de psykologiska och fysiska relationerna på arbetsplatsen. Anledningen till att många samverkansprojekt fungerar dåligt är enligt Hall att ledningen inte insett *"att samverkan innebär att man delar makt"* (Wolvén 2000 sid. 154). För att underlätta samverkan handlar det enligt Hall om att ledningen behöver skapa ett system och strukturer med ökad

tvåvägskommunikation som ger relevant och korrekt information till alla anställda, samt att samarbete uppmuntras i form av att de som behöver träffas ges sådana möjligheter liksom att eventuella kritiska röster såväl premieras som tillåts i organisationen.

Wolvén (2000 sid. 156) utökar Halls kompetensutvecklingsprocess med att ytterligare diskutera begreppet **engagemang** som utgör *"känslor som baseras på aktivitet"* medan han ser samverkan som *"en aktivitet som utgår från känslor"*. Utifrån Hall ser Wolvén (2000) även engagemang som energi- och vitalitetsalstrande på arbetsplatser, samt att det är en hälsofaktor när det gäller kompetensprocessen. Om det saknas engagemang leder detta i sin tur till missnöje vilket även kan innebära att man inte sköter sina arbetsuppgifter. Engagemanget är därför en central komponent i kompetensprocessen som är såväl meningsskapande samt ger handlingarna innebörd vilket i sin tur leder till att skapa samhörighet mellan människor i organisationen. Avsaknad av engagemang leder däremot till försämringar både vad gäller det egna hälsotillståndet, men även i form av alienation/främlingskap. Wolvén menar vidare att personligt inflytande är det viktigaste för att kunna uttrycka engagemang. Att ha kontroll över arbetsprocessen, att kunna uttrycka sig i arbetet samt att se mening och samband är viktigt i det här sammanhanget. En annan faktor som påverkar engagemanget är **relevans** vilket innebär en möjlighet att utföra sina arbetsuppgifter utan ovidkommande diskussioner och möten som varken fyller en operativ eller strategisk funktion på arbetsplatsen. Slutligen tar Wolvén (2000 sid. 158) upp **samhörighet** som en viktig faktor i kompetensprocessen. Samhörighet fungerar som *"känslan av tillhörighet och identifikation med organisationen, dess mål och välbefinnande"*. Här handlar det om att visa varandra ömsesidig respekt samt att det finns ett gemensamt ansvar i arbetsprocessen för att allting ska fungera på bästa sätt i denna arbetsmässiga, ömsesidiga beroendesituation. Samhörighet ses som en nyckelkomponent som skapas då de involverade individerna kan uppleva såväl trygghet som tillit till varandra, en utgångspunkt engagemanget sedan kan utvecklas från. Wolvén menar vidare att många organisationer inte förstått vikten av ömsesidigt beroende (sanhörighet) som grundläggande för att produktiva relationer ska kunna upprättas och bibehållas. För att kompetensprocessen ska kunna ta form krävs även **kreativitet** som innebär produktivitet genom en meningsfullhet och tillhörighet. Wolvén (2000) menar att kreativiteten inte kan styras utifrån tekniska lösningar, utan han förordar öppenhet och uppfinningsrikedom då det gäller prioriteringar samt vikten av att kunna skapa vardagliga, välfungerande rutiner.

## 2.2 Definition av centrala begrepp

Thurén (2007) menar att definitioner är särskilt betydelsefulla i den vetenskapliga kontexten. I möjligaste mån har jag valt att inte lägga alltför mycket vikt vid tolkningen av hur olika begrepp definieras av olika företrädare i kommunen respektive landstinget. Samtidigt är ord meningsskapande och ligger därmed till grund för förståelse dem emellan. Se ytterligare begreppsdefinitioner samlade i Appendix I för jämförelser mellan eventuellt liktydiga och närbesläktade uttryck beroende på vilket tolkningsföreträde som ges.

### 2.2.1 Psykiskt funktionshinder

Jag har valt att använda mig av benämningen **psykiskt funktionshinder** som ett övergripande begrepp och beskrivning av den aktuella målgruppen (se Socialstyrelsens definition i Appendix I). Psykiatriutredningen *Välfärd och valfrihet* (SOU 1992/93:73 sid. 116) definierar psykiskt funktionshinder som *"en långvarig nedsättning av social funktionsförmåga till följd av psykisk störning"*. Nationell psykiatrisamordning (SOU 2006:100 sid. 326) definierar begreppet som *"väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter inom viktiga livsområden, och dessa begränsningar har funnits, eller kan antas komma att bestå under en längre tid"*. Här poängteras även att psykisk störning ska ligga som grund. Detta är samma definition som används i samverkansavtalet mellan den aktuella kommunen och landstinget. Samtidigt är jag medveten om att det kan tänkas finnas skilda synsätt vad gäller graden av sjukdom, begränsning eller funktionsnedsättning när det gäller begreppet psykiskt funktionshinder. Ovanstående definitioner visar dock på en viss samstämmighet.

### 2.2.2 Samverkan

Ett annat centralt begrepp är **samverkan**. Nationalencyklopedin definierar samverkan som *"handla eller fungera gemensamt för visst syfte"*. Nilsson och Wadeskog (1999) menar att samverkan innebär att de inblandade aktörerna ska gemensamt verka för att uppnå något specifikt. Det handlar därmed inte om att alla ska göra samma sak, utan snarare komplettera varandra för att uppnå önskat resultat. Trygghetsfonden (2007) definierar samverkan som *"ett gemensamt och kontinuerligt utvecklingsarbete mellan ingående aktörer"*. Tranquist (2001) utgår ifrån Bengt Berggrens definition av samverkan som **kollaboration** vilket innebär ett integrativt samarbete med utgångspunkt i en samarbetsmodell med fem steg på ett gemensamt kontinuum. Enligt denna definition krävs att *"det finns gemensamma kunskaper och att aktörerna klarar av att sätta upp målsättningar som är gemensamma för alla inblandade aktörer"* (Tranquist 2001 sid. 15).

## 2.3 Tidigare forskning

### 2.3.1 Drivkrafter, motiv och vinster med samverkan

Anders Printz (2001), jurist på socialstyrelsen och numera chef för NU-projektet (Nationellt centrum för utvecklingsarbete inom psykiatrin), menar att samverkan kräver klara gemensamma mål samt intresse av att få en helhetsbild av klienten/patienten. Nationalekonomerna Ingvar Nilsson och Anders Wadeskog (1999) har på socialstyrelsens uppdrag sammanställt en rapport där de påvisar att grunden till samverkan är ett gemensamt intresse, detta trots att motstridiga intressen finns. Det som krävs i den här processen där samtliga parter upplever vinster, är närhet i förhållande till den gemensamma målsättningen i kombination med distans för att bibehålla skillnaderna organisationerna emellan. Nilsson och Wadeskog (1999 sid. 7) uttrycker sig: *"Samverkan uppstår och blir intressant först då intressenterna har delvis gemensamma och delvis motstridiga intressen"*. Det ska även finnas en maktbalans där båda parter har inflytande samtidigt som tillit till den andre parten kan växa fram. I sammanhanget omnämns även att samverkan aldrig kan tvingas fram utan måste ske frivilligt (ibid.). I arbetslivsinstitutets utvärderingsrapport "Samverkan med individen i fokus" skriver forskningsassistenten Joakim Tranquist (2001) att god samverkan kräver en gemensam vilja att samverka. Just denna drivkraft, viljan, anses vara central för att få samverkan att fungera liksom att det finns gemensamma och tydliga motiv.

Nilsson och Wadeskog (1999) menar att det finns tre motiv till samverkan: (1) **det etiska motivet** som innebär att individen inte "faller mellan stolarna", får ett bättre liv samt i förlängningen lider i mindre utsträckningen, (2) **verksamhetsmotivet** innebär att de enskilda aktörerna inte kan lösa problematiken för de psykiskt funktionshindrade utan behöver andra aktörer samt (3) **effektivitetsmotivet** vilket innebär kostnadseffektivitet med minskade kostnader sammantaget. Vidare menar Nilsson och Wadeskog (1999) att klienten/patienten får det bättre liksom att personalen och skattebetalarna gynnas av samverkan mellan olika människobehandlande organisationer. Tranquist (2001) tar upp två aspekter som avgör motiv för att handla gemensamt. Dels innebär samverkan förbättrad kvalitet för den enskilde klienten/patienten: *"Samverkan kan resultera i att individens behov sätts i centrum på ett helt annat sätt än tidigare"* (Tranquist 2001 sid. 17). Detta leder i sin tur till ett helhetsperspektiv på individuell problematik. Fungerande samverkan innebär även enligt Printz (2001) att individens behov står i centrum med gemensamma träffar där den berörde är närvarande och fokus finns på att upprätta individuella handlingsplaner istället för fokus på de inblandade organisationerna. Tranquist (2001) menar vidare att samverkan leder till bättre effektivitet ur



ett resursmässigt perspektiv där samverkan kan innebära synergivinster, det vill säga ökad effektivitet i förhållande till de sammanlagda insatserna. Nilsson och Wadeskog (1999) tar även upp fördelarna med ett helhetsorienterat perspektiv som en effekt av samverkan liksom att samverkansparterna behöver ha en gemensam syn på vem som ingår i målgruppen.

### 2.3.2 Hinder, brister och problem vid samverkan

Tranquist (2001) anser att hinder för god samverkan är ekonomiska, juridiska samt organisatoriska och kulturella. **Ekonomiska hinder** ses utifrån att det finns separat ekonomi med skilda finansieringssätt och problem kan uppstå då dessa medel ska omfördelas i gemensamma satsningar. Hindren är beroende på hur komplicerat det ekonomiska regelverket är. Samtidigt kan samverkanssatsningar inte påvisa ekonomisk vinning. Nilsson och Wadeskog (1999) menar att ekonomin och besparingar är en stor anledning till varför samverkan brister där huvudmännen vill ha kontroll över de egna resurserna. Samtidigt är inte en gemensam budget och gemensamma styrsystem den enkla lösningen, utan då skulle "gränsförflyttningar" innebära uppkomsten av andra problem. Vad gäller **juridiska hinder** omnämner Tranquist (2001) sekretesslagstiftningen som det största hindret för samverkan mellan humanserviceorganisationer. Det kan skapas en rundgång i systemet genom att tjänstemän inte får en helhetsbild av individens problematik. Med tanke på att det finns en gradskillnad i sekretessen mellan olika myndigheter försvårar detta situationen ytterligare. Nilsson och Wadeskog (1999) menar däremot att sekretesslagstiftningen inte är det främsta skälet till att samverkan falerar, där den enkla lösningen är att söka klienten/patientens medgivande till samverkan mellan olika aktörer.

**Organisatoriska och kulturella hinder** kan diskuteras utifrån fem problemområden enligt Tranquist (2001). Det första problemområdet är de *administrativa förutsättningarna* som utgår ifrån samordning och planering av befintliga resurser samt verksamheten. Tranquist (2001) menar att gemensamma målsättningar, tydliga direktiv vad gäller uppdrag och administration är viktiga förutsättningar för samverkan. Han säger vidare att: "För att kunna tillgodose kraven som ställs på samverkan måste de tillgängliga resurserna, finansiella såväl som kompetensmässiga, samordnas så att rätt resurs finns tillgänglig vid rätt tillfälle" (Tranquist 2001 sid. 20). Här påpekas att statliga utredningar har kunnat påvisa att det inte är brist på resurser som är ett problem, utan styrningen – hur resurserna fördelas mellan olika verksamheter. Nilsson och Wadeskog (1999) menar att de formella hindren (olika regelverk) sällan är det verkliga samverkanshindret. Då intresse till samverkan finns kommer även möjligheterna till samverkan att presentera sig. Nationell psykiatrisamordning (Rapport

2006:3) menar att ett problem med samverkan är att huvudmännen avgör ansvaret själva vilket i sin tur leder till att det finns stora möjligheter till att de själva ska göra avgränsningar och tolkningar av vad som bör prioriteras när det gäller stöd och insatser till gruppen psykiskt funktionshindrade. Godtyckligheten vad gäller ansvarsfördelningen innebär i sin tur till att organisationsstrukturen leder till att människor som behöver insatser inte får hjälp eftersom deras behov inte passar in i den organisatoriska strukturen. Slutsatsen som psykiatrisamordnaren (Rapport 2006:3 sid. 38) drar är att *"ett stort handlingsutrymme för de berörda aktörerna ibland används för att helt kunna avstå från handling"*. Det finns därför en risk för att människor hänvisas från den ena huvudmannen till den andra. Nilsson och Wadeskog (1999) menar att samverkan i praktiken ofta innebär "organisatorisk egocentrism" med fokus på de egna organisatoriska förutsättningarna istället för på individen. Socialstyrelsens (2005) utvärderingar har visat att samverkan och samordning av insatser brister såväl mellan de två organisationerna, men även inom samma organisation med ett klart upprättat ansvarsområde. Här påvisas att gemensamma styrdokument mellan kommun och landsting saknades i de flesta fall, men att utvecklingen sakta går framåt. Av kommunerna hade 12 procent styrdokument tillsammans med psykiatrin 2002 medan det skett en ökning till 27 procent 2004. Enligt Nationell psykiatrisamordning (Rapport 2006:3 sid. 39) poängterar tillsynsmyndigheterna att *"betydligt fler gemensamma styrdokument mellan huvudmännen [måste] utformas om ett mer effektivt och samordnat stöd ska kunna förverkligas"*. Nilsson och Wadeskog (1999) menar att det inte är de tydliga strukturerna och de organisatoriska ramarna som leder till bristande samverkan utan att parterna inte kan enas om problemet, en gemensam målsättning och lösningar utifrån ett multikompetent team som innebär skilda kompetenser i samverkan med individen i fokus.

Nationell psykiatrisamordning (Rapport 2006:3) lyfter fram ytterligare en aspekt vad gäller brister. Här omnämns att det saknas ett helhetsperspektiv vad gäller beslut och samordning. Socialstyrelsen (2004) har i en undersökning om samverkan mellan ungdomspsykiatrin och socialtjänsten kunnat påvisa samverkansproblem. I denna studie framkom att det ofta saknades rutiner och strukturer för samverkan. Den intervjuade personalen uttryckte problem med *"skillnader i prioriteringar, skilda synsätt, oklara roller, orealistiska förväntningar på varandra och bristande resurser"* (Rapport 2006:3 sid. 39). Här framkom även att det oftast saknades gemensam planering och att individbaserade vårdplaner endast upprättades i 20 procent av fallen. Nilsson och Wadeskog (1999) menar att det psykologiska motståndet till samverkan ofta spelar stor roll eftersom personliga, dolda känslor som rädsla, misstro och brist på tillit ofta motverkar samverkan.

Det andra problemet Tranquist (2001) diskuterar grundar sig på *olikartade organisationskulturer* där skilda kunskapstraditioner med specifika uppfattningar styr hur de olika organisationerna anser problem bör tas om hand. Dessa organisationskulturella krockar kan enligt Tranquist (2001) visa sig på olika plan men skillnaderna grundar sig i hur man ställer sig till elementära normer och värderingar, hur man uppfattar verkligheten samt vilka grundläggande antaganden som finns. Printz (2001) menar att samverkansproblem bottnar i organisatoriska kulturskillnader samt ovilja till samverkan liksom prestige mellan huvudmännen. Printz tar även upp att det saknas kommunikation samt kunskap om varandras uppdrag och organisatoriska villkor liksom ofta skilda värderingar om hur saker och ting bör tas om hand. Nilsson och Wadeskog (1999 sid. 13) menar att organisationerna *”har helt olika perspektiv på det problem man ska lösa”*. Här omnämns att det handlar om hur verkligheten ser ut skiljer sig fundamentalt åt. Den egna professionen och organisationen påverkar därmed vilka lösningar som föreslås i samverkan. Detta kan enligt Nilsson och Wadeskog leda till en kamp kring vad som är *”rätt”* tillvägagångssätt. Tranquist (2001) poängterar att myndighetskulturen dels kan ses utifrån hur man hanterar externa problem i form av uppfattningar hur arbetsuppgifter ska skötas och utvärderas men även internt vad gäller sociala aspekter rörande interpersonella relationer och arbetsmiljön inom organisationen.

Tredje problemet Tranquist (2001) tar upp är *otillräckliga kunskaper om övriga inblandades kompetensområden*. Detta grundar sig på att centrala direktiv inte alltid är förankrat i verksamheterna hos personalen som ska tillämpa samverkan i praktiken. Tranquist (2001 sid. 21) menar att ofta *”saknas en ömsesidig förståelse för de olika yrkeskunskaperna när olika kompetensområden samlas för att ingå i en samverkan”*. Nationell psykiatrisamordning (Rapport 2006:3) påpekar att ett problem är att det finns stora kunskapsbrister angående vidtagna insatser i såväl kommun som landsting när det gäller personer som har psykiska funktionshinder. Såväl typ av insats samt insatsernas omfattning vare sig dokumenteras eller följs upp av socialtjänsten eller psykiatrin. Här lyfts även fram att det finns bristande kunskap om metoder och hur kunskapen ska implementeras i praktiken för att kunna se vilka kommunala insatser samt psykiatrisk behandling som är mest effektiva. Nilsson och Wadeskog (1999) menar att kunskap om varandras kompetensområde är viktigt. De förklarar att samverkansparterna ofta vet alldeles för lite om varandras kompetens och kompetensgränser. Detta leder i sin tur till att myter och fördomar frodas vilket motverkar samverkan. Tranquist (2001) menar att orealistiska förväntningar är vanligt, att de inblandade parterna tror att samverkan kan leda till ökade synergivinster som inte överensstämmer med de verkliga förutsättningarna. Brist på kunskap om den andra parten menar Tranquist (2001 sid.

22) kan vara ett problem som kan yttra sig som ”*brist på respekt för den andres kompetensområde*”. Här poängteras att det är viktigt med respekt för den andre partens kompetens samtidigt som det ska finnas insikt om de egna begränsningarna. Samverkan kan även missgynnas om det saknas förståelse för det egna verksamhetsfältet, vilken kompetens och arbetsuppgifter som behövs i olika situationer.

Fjärde problemområdet anser Tranquist (2001 sid. 22) vara ett *outvecklat gemensamt problemlösande* för att undvika dubbelarbete och med fokus ”*att hitta arbetsformer som innebär att de specifika kompetenserna utnyttjas på bästa sätt*”. Detta kräver att man kontinuerligt förstärker de skilda arbetsinsatserna för att på så sätt uppnå lösningar för den enskilde. För att detta ska fungera på bästa sätt krävs tillräckliga kontakter mellan samverkansparterna. Nilsson och Wadeskog (1999) menar att det krävs multikompetenta team för att främja samverkan medan omorganiseringar kan motverka samverkan. Genom att samråda och kommunicera med varandra innan omorganiseringarna sker kan organisationerna motverka förstörda samverkansnät.

Slutligen tar Tranquist (2001) upp *revirtänkande* vad gäller ekonomin som ett problem i samverkan mellan organisationer. Motsättningar grundar sig då på att parterna inte vill bära de finansiella belastningarna inom sitt eget ansvarsområde och därmed skjuter ifrån sig ansvaret på den andra vilket i sin tur drabbar enskilda patienter/klienter. Revirtänkande är även något Nilsson och Wadeskog (1999) diskuterar utifrån att det handlar om en maktkamp samt hur problemet ska definieras som i sin tur bottnar i kontroll över resurserna. Ekonomi och besparingar är ett centralt fokus inom dessa organisationer, därför kan försök till samverkan leda till motsättningar utifrån de ekonomiska förutsättningarna.

### **3. METOD**

#### **3.1 Val av metod**

När det gäller val av metod kan man diskutera för- och nackdelar med både kvalitativ och kvantitativ metod. Utgångspunkten är vilken metod som bäst besvarar frågeställningarna. Jag har valt att använda kvalitativ metod då jag anser att min forskningsansats är av resonerande natur med en mängd olika tolkningar av subjektiva upplevelser som grund. Därmed anser jag att med semistrukturerade kvalitativa intervjuer, med en intervjuguide som utgångspunkt, så kommer jag att kunna besvara mina frågeställningar och därmed leva upp till undersökningens syfte och mål. Aspens (2007) menar att forskning är en process där den kvalitativa forskningstraditionen fokuserar på subjektiva upplevelser och tolkningar medan den kvantitativa ansatsen handlar om att vara objektiv och ordna verkligheten i ett antal variabler som forskaren bestämt. *"Kvalitativ analys är till skillnad från den kvantitativa forskningens analys inte i första hand regelstyrd"* (Aspens 2007 sid. 18). Detta innebär att det finns ett stort tolkningsutrymme samtidigt som den kvalitativa metoden är flexibel och man kan ändra sin forskningsansats under resans gång utan att vara låst vid specifika frågor och en strikt hypotesprövning.

Kvalitativ metod är krävande så till vida att forskaren använder sig själv som redskap i forskningsprocessen. Tillförlitligheten kan därmed sjunka genom att forskarens värderingar och förförståelse färgar undersökningen. Det positiva med kvalitativ metod är att forskaren kan vara flexibel och är därmed inte låst vid redan framställda hypoteser och fasta frågeställningar (som är fallet i kvantitativ metod). Meeuwisse (2008) poängterar att en annan förtjänst hos den kvalitativa metoden är att man med kvalitativa metoder kan nå förståelse istället för förklaringar. Detta kan i sin tur leda till att man ser sammanhang utifrån ett helhetsperspektiv som kanske inte annars skulle vara möjligt. En svårighet kan ligga i att upprätthålla en bra relation till intervjupersonerna samt att kvalitativa intervjuer är mycket tidsödande liksom kan vara svårt att överblicka och analysera.

#### **3.2 Förförståelse**

Förförståelse brukar lyftas fram som ett stort problem inom kvalitativ forskning. Aspens (2007) menar att förförståelse innebär att forskare tar saker och ting för givna som de finner som en naturlig del i deras vardagsliv och som sedan ligger till grund för de fortsatta tolkningarna av resultaten. Ju mer involverad forskaren är i en specifik omgivning (Hussels begrepp *livsvärld*) desto svårare har denne att använda det vetenskapliga synsättet och kritiskt

granska företeelserna. Ovanstående resonemang kan vara ett problem när det gäller förståelse. Men även dess motsats kan vara ett problem. Om vi inte känner till något alls om den kultur eller det fenomen vi studerar har vi i förlängningen även svårt att göra de rätta tolkningarna. Detta innebär att forskaren måste ha samma kön, etnicitet eller kultur för att få tillgång till den arena han eller hon vill studera. När det gäller förståelse är det viktigt att vara medveten om sin vardagskunskap och på så sätt ha en insikt i de problem eller möjligheter detta kan innebära (Aspers 2007).

Jag är medveten om att mina tidigare erfarenheter och tankar kan påverka forskningen. När det gäller perspektiv på samverkan mellan kommun och landsting inom det psykiatriska verksamhetsområdet har jag ingen personlig erfarenhet av detta. Kanske min förståelse kan vara en nackdel, jag vet helt enkelt för lite för att kunna tillgodogöra mig en djupare förståelse – i alla fall omedelbart. Samtidigt kan jag även se fördelar med att inte vara alltför insatt. Jag kan på så sätt studera företeelserna förutsättningslöst utan att styras av tidigare erfarenheter. Som jag ser det gäller det att ha en förståelse för det fenomen man som forskare ämnar studera, utan att för den skull ha en så pass ingående förståelse av villkor och processer att man har svårt att skilja mellan vad som är intressant ur ett forskningsperspektiv. Jag strävar sålunda efter att ha en så neutral och objektiv ansats som möjligt. Enligt Aspers (2007) handlar det även om att lyfta *första ordningens konstruktioner* (vardagskunskapen) till en mer abstrakt, vetenskaplig nivå genom att skapa *andra ordningens konstruktioner* (teoretisk begreppsbildning). På så sätt kan jag tolka och bilda vidare förståelse av vardagslivet utifrån ett forskningsperspektiv.

### **3.3 Urval och tillvägagångssätt**

Aspers (2007) menar att urval är en viktig del i forskningsprocessen i såväl kvantitativa som kvalitativa studier. Svårigheten är att välja en population som är tillräcklig för att förklara det uttänkta fenomenet. I kvalitativ forskning är urvalet ofta ett snöbollsurval eller strategiskt urval. I den här undersökningen har jag valt ett teoretiskt, även kallat strategiskt urval, av en mellanstor kommun. Val av kommun har varit strategiskt med tanke på begränsade resurser och restid, men även med tanke på att det vare sig är en stor kommun eller en liten kommun och därför kan tänkas ge en representativ bild av samverkan mellan kommun och landsting i en ”medel” kommun.

Inom respektive verksamhetsfält (kommun och landsting) har jag valt att rikta in mig dels på en verksamhetsansvarig samt någon som arbetar direkt med klienterna/patienterna, i det här fallet en socialsekreterare/handläggare inom socialförvaltningens vuxenhet samt en

kurator inom den allmänpsykiatriska öppenvården. Mitt urval är därför strategiskt då jag valt att inrikta mig på de verksamhetsansvariga och verksamma inom dessa verksamheter, men urvalet har även styrts av vilka som velat ställa upp på intervjuer. Då den tilltänkta personen inte hade möjlighet att ställa upp på en intervju blev jag i en del fall refererad till en kollega. På så sätt har mitt urval delvis haft karaktären av ett snöbollsurval. I mitt urval har jag även valt att rikta in mig på ett personligt ombud för att få en utökad syn på samverkan mer från ett brukarperspektiv.

### 3.4 Etiska överväganden

Det är viktigt att ha tänkt igenom hur undersökningen genomförs utifrån ett etiskt perspektiv. I det här sammanhanget är det även aktuellt att fundera kring den värdegrund som forskningsansatsen vilar på. Aspens (2007) påpekar att de värdepremisser forskaren utgår ifrån har betydelse. I mitt fall skulle detta tänkas vara en tanke om att välfärd är till för alla eller att det är kommunens och landstingets företrädares skyldighet att se till att samverkan mellan verksamheterna kommer till stånd även för de allra svagaste i samhället (i det här fallet psykiskt funktionshindrade). I denna typ av normativ förförståelse är det viktigt att skilja mellan det som *är* och det som *bör* vara. Samtidigt kan man inte helt bortse från att detta förekommer i forskning utan det skulle i det här fallet enligt Aspens (2007) snarare vara omöjligt att helt bortse från normativa utgångslägen.

Aspens (2007) menar vidare att "*Det etiska kravet är det viktigaste*". Detta gäller vid såväl val av metod, teori samt hur man behandlar människorna på fältet. Från forskningsvärlden har jag ett forskningsetiskt krav på att genomföra studien utifrån uppsatta normer och regler för hur detta ska gå till på ett vetenskapligt riktigt sätt med där tillkommande beviskrav. Inom studiens ram finns även en etisk dimension som utgår ifrån hur man behandlar studieobjekt och informanter. Vetenskapsrådet (2002 sid. 6) menar att "*Det grundläggande individskyddskravet kan konkretiseras i fyra allmänna huvudkrav på forskningen*". Dessa beskrivs som krav på (1) **information** om studien, (2) **samtycke** att delta, (2) **konfidentialitet** med anonymitetsskydd och (3) **nyttjande** där ingen otillbörlig ska kunna ta del av det insamlade materialet. I det här fallet handlar det även om att inte utnyttja de som är svaga och utsatta i samhället. Meeuwisse et al (2008 sid. 236) menar att "*man kan fråga sig vilken rätt forskaren får ta sig gentemot dem han eller hon forskar om för att komma åt deras verklighet*". Det finns enligt detta synsätt både nytta och risk bakom forskningen där kunskap i en del fall kan leda till förbättringar för utsatta människor. Förespråkarna menar att studier om de maktlösa kan leda till en vidare syn på välfärdens utvecklingstendenser. Kritikerna menar å

andra sidan att den eventuella nyttan har ett alldeles för högt pris (Meeuwisse et al 2008). I mitt fall kommer jag inte att studera utsatta grupper, utan snarare de som genom sitt yrkesutövande har ett professionellt förhållningssätt till de psykiskt funktionshindrade. Det finns en risk för asymmetri i mötet med mina intervjupersoner särskilt med tanke på att ämnet behandlar komplexa förhållanden som beroende på intervjusituationen och frågorna som ställs kanske inte kan uttryckas i ord. Här är det enligt Meeuwisse et al (2008) viktigt att ha i åtanke att det finns många olika synsätt på samma verklighet. Som jag ser det är det även centralt att visa hänsyn och respekt gentemot de som intervjuats, men även i förlängningen visa respekt för den svaga grupp som intervjupersonerna i sin tur företräder. Jag har följt Vetenskapsrådets (2002) riktlinjer om att mina informanter och den kommun de verkar inom ska förbli anonyma. Nedan följer en kortfattad presentation av mina intervjupersoner.

### **3.5 Presentation av intervjupersonerna**

#### *3.5.1 Kommunens representanter*

Såväl avdelningschefen som socialsekreteraren på socialförvaltningen är utbildade socionomer. Avdelningschefen har lång erfarenhet som socionom inom kommunen, men har endast haft sin nuvarande befattning cirka ett och halvt år. Socialsekreteraren är relativt nyutexaminerad. Avdelningschefen beskriver sina arbetsuppgifter som att det dels handlar om att *"driva och jobba med utvecklingsfrågor och allt ekonomiansvar, arbetsmiljöansvar, personalansvar...på avdelningen"* samt dels sitta med i ledningsgruppen på förvaltningsnivå. Socialsekreteraren uppger att hennes främsta uppgift är *"att utreda och fatta beslut...handlägga [ärenden] och se till så att de verkställs"*.

#### *3.5.2 Landstingets representanter*

Verksamhetscontrollern är psykiatrijuksköterska i botten och har arbetat länge inom psykiatrin samt haft sin nuvarande befattning sedan 90-talet. Hon beskriver sitt arbete som *"ett administrativt arbete som handlar om kvalitetsfrågor"* med arbete kring vård, samverkan, utveckling, utvärderingar och internutredningar. Psykiatrikuratorn är utbildad socionom med påbyggnadsutbildningar inom psykoterapi och familjeterapi. Hon beskriver sina arbetsuppgifter som *"psykosocialt arbete till en del. Det mesta är någon form av stöd gränsande till terapeutisk kontakt, till rena terapier. Så det är väldigt brett"*. Hon poängterar även att mycket kretsar kring samverkan mellan olika team samt samarbete med den andra kuratorn.



### *5.5.3 Klienterna/patienternas representant*

Personligt ombud är utbildad undersköterska i botten och har arbetat i akutsjukvården samt distriktsjukvården. Sedan har hon gått olika påbyggnadsutbildningar inom psykiatrin. Hon var med i personlig ombudsverksamheten när den startade upp 2002 och har utbildat sig till personligt ombud på distans. Som personligt ombud är hon anställd av kommunen (socialförvaltningen). Hon beskriver sina arbetsuppgifter som att *"hjälpa en person att göra ansökningar, överklaganden, hitta insatser både inom landsting och kommun"* och hon menar att detta kan variera i form och omfattning, men hon poängterar samtidigt att *"i huvudsak så är det att hitta rätt stöd och insatser till folk som vi möter i vårt arbete"*.

## **4. BAKGRUND**

### **4.1 Huvudmännen: kommun och landsting**

Under denna rubrik vill jag ge en lägesbeskrivning av de två huvudmännen kommun och landsting genom att ytterst kortfattat presentera övergripande verksamhetsramar, deras gemensamma ansvar samt de främsta skillnader som finns dem emellan. Denna bakgrundsbeskrivning är tänkt ge en ökad förståelse för de villkor och processer som styr respektive verksamhetsfält och som därmed även ligger till grund för samverkan. Jag kommer dock ej att gå in på organisationernas uppbyggnad i detalj.

#### *4.1.1 Verksamhetsramar*

Kommunalt självstyre är lagfäst i Regeringsformen och utgår ifrån att kommunerna har fri- och rättigheter samt självbestämmande. Dessutom gäller kommunallagen (1991:900) som gemensam lag för kommuner och landsting. Här anges bestämmelser för hur verksamheten mellan kommun och landsting ska läggas upp. Ur ett samverkansperspektiv har bland annat socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen lagfäst betydelse. Socialtjänstlagen är en ramlag vilket innebär ett stort tolkningsföreträde hur lagen ska tillämpas i praktiken medan rättighetslagstiftning som till exempel lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) ger betydligt snävare definitioner för dem som kan tillhöra denna grupp. Hälso- och sjukvårdslagen är däremot en skyldighetslagstiftning. För en utökad beskrivning av aktuella lagtexter se Appendix II. Även kommunalpolitik samt finansiering i form av kommunalskatter samt statsbidrag utgör grunder för hur kommunerna fungerar. Landstingen finansieras av statsbidrag men även av sjukförsäkringsersättningar. Dessa ramar i form av lagstöd och budget utgör de yttersta villkoren för vilka resurser och möjligheter som rör psykiatrins verksamhetsområde (Rapport 2006:3 Nationell Psykiatrisamordning).

#### *4.1.2 Ansvarfördelning*

Printz (2001) menar att psykiatrireformen klargjorde ansvarsgränserna för gruppen psykiskt funktionshindrade. Enligt prop. 1993/94:218 behövdes tydliga ansvarsgränser mellan de inblandade huvudmännen. Kommunen tog över ansvaret för daglig verksamhet, boende och socialt stöd för att kunna leva ett liv som andra ute i samhället. Samarbetsavtal i hälso- och sjukvård mellan landstinget och kommunen (fortsättningsvis kallat samverkansavtalet) har som syfte att *"tydliggöra respektive huvudmans ansvarsområde och former för samverkan"* utifrån lagar och förordningar som reglerar deras respektive och gemensamma ansvar. Målet

är att: *”Personer med psykiska funktionshinder skall få vård, stöd och rehabilitering och möjlighet till återhämtning så att de, utifrån egna önskemål, kan leva i samhällsgemenskap med andra”* (Samarbetsavtal 2009, Bilaga: *Vuxenpsykiatri* sid. 1). Några av utgångspunkterna i detta avtal är att vården och omsorgen ska utgå ifrån individuella behov samt tillgängliga resurser, att huvudmännen ska samordna sina insatser samt att ömsesidig information och öppenhet ska prägla samarbetet.

Verksamheten ”SamForm” (anonymiserat, heter i verkligheten något annat) syftar till rehabilitering och sysselsättning för personer med psykiska funktionshinder utifrån individens egna förutsättningar. Ursprungligen var ”SamForm” en gemensam satsning mellan kommun, landsting, arbetsförmedling och försäkringskassan, men för tillfället är det bara kommun, landsting och arbetsförmedling som samverkar fram till årsskiftet. Det råder stor osäkerhet hur denna verksamhet kommer att se ut framöver på grund av ekonomiska besparingar.

#### *4.1.3 Betydande skillnader*

Enligt Nationell psykiatrisamordning (Rapport 2006:3 sid. 30) är det viktigt att förstå skillnaderna mellan kommuner och landsting då dessa skillnader kan leda till hinder till samverkansprocessen. En skillnad som tas upp är att hälso- och sjukvårdens verksamhet styrs av *”vetenskap och beprövad erfarenhet”* där läkarna bestämmer i enskilda ärenden men de har även mycket striktare riktlinjer från Socialstyrelsen liksom fastare lagstiftning än vad som gäller för socialtjänsten. Personalen inom landstingsvården är legitimerad vilket innebär en rad skyldigheter vilket inte finns jämförelsevis med socialtjänstens personal. I kommunen är det socialnämnden som styr socialtjänstens verksamhetsområde och kan fatta beslut i enskilda ärenden, något som dock i de flesta fall delegerats till tjänstemän. I sin utformning är socialtjänsten en politisk verksamhet med en grundläggande målsättning *”att fördela resurser mellan medborgarna”* (Rapport 2006:3 sid. 30) . Socialtjänstens reglering har en helt annan avsikt än vad som gäller för landstinget. Dessutom skiljer sig lagstiftningarna åt i den bemärkelse att socialtjänstlagen är en rättighetslagstiftning som kan överklagas i domstol. Hälso- och sjukvårdslagen däremot är en skyldighetslagstiftning vilket innebär att landstinget ska erbjuda vård till dem som är bosatta inom landstinget (se Appendix II).

## 5. RESULTATREDOVISNING OCH ANALYS

I resultatredovisningen och analysen kommer jag att utgå ifrån de redan uppställda temarubrikerna som återfinns i min intervjuguide (se Bilaga A). I analysen kommer jag först göra jämförelser mellan kommunen (vuxenheten på socialförvaltningen) och landstinget (allmänpsykiatrisk öppenvård), samt i de fall det passar även ur ett personligt ombuds synvinkel med tanke på klientens/patientens perspektiv, för att se vilka skillnader och likheter som finns mellan de två organisationerna. För att nå en ökad förståelse och djup för de olika perspektiv som framkommit i mitt empiriska material kommer jag även att analysera resultaten utifrån teorier och begrepp samt kunskapsläget kring samverkan och psykiatrisamordning som redovisats i kapitel 2.

### 5.1 Begreppsdefinitioner och beskrivning av resurser

Under denna rubrik vill jag ge en bild av nuläget samt se om det finns en samsyn kring begreppen psykiskt funktionshinder, psykisk ohälsa samt psykisk sjukdom. En ytterligare dimension i nulägesbeskrivningen att ytterst kortfattat beskriva vilka resurser som finns tillgängliga för denna målgrupp inom kommun respektive landstinget.

#### 5.1.1 Definition av psykiskt funktionshinder

Kommunens definition av psykiskt funktionshinder är enligt avdelningschefen att ha *”någon form av begränsning utifrån en psykisk ohälsa”* samt att denna funktionsnedsättning är omfattande samt leder till funktionshinder i vardagen. Socialsekreteraren menar att hindren i vardagen kan handla om att sköta hem och arbete samt sociala kontakter. Utifrån kommunens definition ska problematiken vara långvarig och varaktig (pågått under flera år).

Landstinget har en liknande definition som kommunen. Verksamhetscontrollern menar att psykisk funktionsnedsättning grundar sig i en psykisk ohälsa vilket sedan *”blivit någon form av bestående men utifrån en psykisk sjukdom eller störning...som är kvarstående”*. Kuratorn menar att psykiskt funktionshinder handlar om att känna sig begränsad och att det inte är den psykiska sjukdomen i sig som avgör, utan att det är ett hinder i tillvaron.

Även personligt ombud menar att definitionen av psykiskt funktionshindrad innebär *”omfattande problematik och har varit långvarigt sjuka”*.

Ovanstående resultat visar att kommun och landsting är samstämmiga i sina definitioner av vad psykiskt funktionshinder innebär. Dessa definitioner överensstämmer även med de centralt

uppställda styrdokument som redovisats i begreppsdefinitionen (se 2.2.1). I det här fallet har meningsutbytet grundlagts med gemensam förståelse enligt Hanssons (2003) kollektiva kompetensmodell. Även utifrån Nilsson och Wadeskog (1999) är det viktigt att ha en gemensam syn på vem som tillhör målgruppen utifrån gemensamma värderingar.

### *5.1.2 Skillnad mellan psykisk ohälsa och psykisk sjukdom*

Både kommun och landsting menar att psykisk sjukdom utgår ifrån att det finns en diagnos medan psykisk ohälsa är ett vidare begrepp som kan ha vara mindre omfattande samt mer tillfälligt och övergående.

Utifrån ovanstående drar jag slutsatsen att det finns en gemensam, samstämmig förståelse och grundkunskap om vad begreppen innebär i enlighet med Hanssons (2003) modell. Här väljer jag att inte analysera detta närmare utan jag presenterar endast resultaten.

### *5.1.3 Beskrivning av tillgängliga resurser inom respektive verksamhet*

Kommunen beskriver sina resurser som att främst gälla olika boendeformer och boendestöd. Sysselsättning (samverkan inom "SamForm") och boende anser kommunen är deras ansvarsområden medan psykiatrisk behandling anses höra till landstinget.

Landstinget menar att deras uppdrag utgår ifrån hälso- och sjukvård i form av behandling samt att lindra symptom. För landstinget handlar det om omvårdnad, medicinhantering men även stödsamtal. Även landstinget nämner samverkansformen "SamForm".

Resultaten påvisar att det finns vitt skilda kompetensområden samt att verksamheterna är medvetna om varandras olika roller.

## **5.2 Samverkan**

### *5.2.1 Definition av samverkan*

Kommunen definierar samverkan som något som sker på organisatorisk nivå, något formellt och standardiserat där man vill uppnå vissa gemensamma mål. Socialsekreteraren definierar samverkan som "att man strävar efter samma mål, att man jobbar efter de mål som våra klienter har, gemensamt". När det gäller samverkan poängterar avdelningschefen att "det ska vara tydligt vad var och en ska göra, för det är ju inte alltid vi ska göra samma saker". Just den här tydligheten understryker hon genom att säga "vi har ett gemensamt ansvar, men att rollfördelningen ska så klart vara olika".

I landstinget menar kuratorn att samverkan handlar om ”att arbeta tillsammans för att nå någonting gemensamt”. Landstingets verksamhetscontroller understryker att samverkan handlar om något konkret, att man ”möts över vissa specifika frågor där det finns ett gemensamt intresse att det här ska bli bra för målgruppen” men poängterar även att det handlar om att tydliggöra ansvarsgränser genom att man ”diskuterar ansvargränser eller vem gör vad, att man förtydligar sådant”. Landstinget menar att samverkan dels handlar om ansvarsfrågan, vem som ska göra vad på såväl individ- och organisationsplanet, samt vad verksamhetscontrollern kallar ”rent samarbete”.

Personligt ombud definierar samverkan som ”kunskap, kompetens, medvetenhet och här och nu” på ett organisatoriskt plan för att upprätta riktlinjer och beskrivningar hur saker och ting ska fungera i praktiken.

I definitionen av samverkan tar såväl kommun som landsting upp tydligheten i ansvarsfrågan samt att det ska finnas riktlinjer för vem som ska göra vad. Detta är i överensstämmelse med psykiatrisamordnarens (Rapport 2006:3) slutsatser vilket visar på en gemensam förståelse för det organisatoriska upplägget. Såväl kommun som landsting menar att samverkan ska utgå ifrån konkreta strukturella och organisatoriska ramar. De är överens om att definitionen av samverkan handlar om ett gemensamt arbete utifrån en viss målsättning som i förlängningen ska vara positivt för klienterna/patienterna. Detta kan tolkas utifrån Tranquists (2001) beskrivning av samverkansdefinitionen som **kollaboration** med gemensamma målsättningar och gemensamma kunskaper som grund. Även att humanserviceorganisationer har ett gemensamt motiv vad gäller förbättringar för den enskilde klienten/patienten kan utronas av ovanstående enligt Tranquist (2001). Han poängterar även vikten av gemensamma målsättningar liksom tydliga direktiv både för uppdragen och det administrativa upplägget för att underlätta samverkan. Detta har både kommun och landsting förståelse för. Utifrån Hansson (2003) har ett gemensamt meningsskapande kring begreppet samverkan infunnit sig genom att det finns en samstämmighet i deras utlåtanden. Även klienterna/patienternas representant, det personliga ombudet, menar att samverkan innebär organisatoriska riktlinjer för hur samverkan ska utformas rent praktiskt.

### 5.2.2 Skillnad mellan samverkan och samordning

Kommunen ser samordning som hur man planerar arbetsgången för att finna samordningsvinster medan samverkan är mer inriktat på mål samt inriktat på specifika uppdrag och verksamheter. Samordning anses även ske på organisationsnivå, att det handlar

om strukturer hur insatser kring personer med psykiska funktionshinder ska samordnas i de dagliga arbetsuppgifterna.

Vad gäller skillnaden mellan samordning och samverkan anser landstinget att samordning sköts rent praktiskt på individnivå med samordning av olika insatser, medan samverkan handlar om samarbete samt fördelning av ansvar såväl organisatoriskt som på individnivå. Landstingets kurator menar att samordning innebär att *”samverkan på något vis redan har skett. Att man har någon bas att stå på, sen så kommer man till skott i någonting praktiskt, då så samordnar man de resurser som man har till sitt förfogande”*.

Personligt ombud menar att samordning handlar om hur saker sköts i praktiken, medan samverkan sker på ett organisatoriskt plan.

Utifrån ovanstående resultat tolkar jag det som att både kommun och landsting har liknande förståelse för vilka skillnader som finns mellan samordning och samverkan. Det finns dock marginella skillnader. Kommunen ser samordning utifrån ett effektivitetsperspektiv, att det kan finnas vinster med hur arbetet läggs upp rent strategiskt medan samverkan definieras utifrån specifika mål som kretsar kring uppdrag eller verksamheter. Kommunens definition av samordning (se Appendix I) överensstämmer med koordinationsbegreppet utifrån Tranquist (2001), att de två parterna kommunicerar för att göra effektiva förbättringar. Kommunen kan även se samordning utifrån ett organisationsperspektiv. Här använder jag Tranquists (2001) *administrativa förutsättningar* där fungerande samordning på organisationsnivå lyfts fram som grundläggande för att samverkan ska kunna fungera i praktiken. Det handlar här om att samordna resurserna, såväl kompetensmässigt som ekonomiskt för att uppnå god samverkan. För landstingets del handlar samordning om praktisk utformning av verksamheten på individnivå medan samverkan handlar om ansvarsfördelning samt samarbete som kan ske på såväl individ- som organisationsnivå. Hansson (2003) menar att såväl praktisk som interpersonell kompetens sammantaget bildar kollektiv kompetens och detta begrepp anser jag överensstämmer med samordning som en ”interaktiv process” där gemensamt meningsskapande formas. Utifrån denna tolkning handlar samordning om att kommunicera på individnivå för att gemensamt komma överens om det praktiska utförandet av arbetsuppgifterna. Personligt ombud håller med landstinget att samordning berör det praktiska dagliga arbetet medan samverkan, liksom både kommun och landsting uttalat, utgår ifrån organisationsnivån. Här finns ytterligare en bekräftelse på begreppets tolkade innebörd.

### 5.2.3 Beskrivning av hur samverkan ser ut

Kommunen anser att samverkan finns på flera olika nivåer och här nämns samverkansavtalet, en samordnad rehabiliteringsplan samt möten och gemensamma träffar i olika konstellationer mellan de som arbetar på samma nivå. Den gemensamma rehabiliteringsplanen anses inte fungera i praktiken då den enligt kommunen inte är förankrad i landstingets organisation. Socialsekreteraren menar att samverkan för hennes del främst sker genom gemensamma möten med de mobila psykiatriteamen för att lägga upp gemensamma målsättningar tillsammans med klienter/patienter. Avdelningschefen nämner samverkan med sin organisatoriska motsvarighet inom landstinget utifrån samarbetsavtalet för att *”stämna av allmänt runt hur saker och ting fungerar”* samt samverkan i styrgruppen för *”SamForm”*.

Landstinget menar att det finns mycket samverkan mellan kommun och landsting. Som exempel omnämns verksamheten *”SamForm”* samt möten med ett brukar/intresseråd. Kuratorn menar att hennes kontakter främst sker med vuxenenheten eller handikappomsorgen på socialförvaltningen beroende på hur svåra funktionsnedsättningarna är. Landstinget menar även att kommun och landsting har gemensamma samverkansmöten. Samverkan anses ske genom möten och att mycket handlar om utvecklingsfrågor, uppnå gemensamma riktlinjer och att tydliggöra ansvarsområdena enligt verksamhetscontrollern.

Resultaten påvisar att både kommun och landsting tar upp gemensamma möten när det gäller att beskriva hur samverkan ser ut i praktiken. Anledningen till mötena kan dock se olika ut beroende på var i organisationen samverkan sker. På chefsnivå handlar det mer om utvecklingsfrågor, utformning av riktlinjer samt ansvarsfördelning. För kuratorn respektive socialsekreteraren handlar det om gemensamma möten utifrån klienternas behov och önskningar. I det här sammanhanget omnämner kommunen det länsövergripande samverkansavtalet samt på en praktisk nivå (utifrån klienterna/patienternas individuella målsättningar) den samordnade rehabiliteringsplanen. Landstinget nämner vare sig det länsövergripande samarbetsavtalet eller rehabiliteringsplanen medan kommunen inte nämner att det finns ett brukar/intresseråd som exempel på samverkan. Däremot omnämner både kommun och landsting samverkan kring *”SamForm”*. Möten och gemensamma träffar anses vara centrala för både kommun och landsting medan kommunen fäster stor vikt vid organisatoriskt uppställda dokument i ett samverkansperspektiv. Utifrån ovanstående konstaterar jag att det finns en samstämmighet i vad samverkan grundar sig på mellan kommun och landsting. Jag finner det dock intressant att kommunen poängterar avtal och



dokument som samverkansformer medan detta inte tas upp av landstinget. Landstinget riktar mer in sig på interpersonella möten, att det handlar om gemensamma träffar för samarbete.

#### 5.2.4 Olika perspektiv på hur samverkan fungerar

Kommunen menar att samverkan i det dagliga arbetet fungerar bra, samt hur man samordnar insatser i enskilda ärenden, särskilt vad gäller socialt stöd. Men kommunen menar även att det alltid finns saker som kan förbättras och utvecklas vidare. För klientens del ser kommunen en brist i systemet när det gäller samverkan utifrån insatsen *bostad med särskild service* eftersom kontakterna med psykiatrin släpps vilket innebär att det sedan blir svårt att få med psykiatrin igen då personen ska lämna boendet och flytta hem igen. Kommunen oroar sig för hur psykiatrin kommer att utvecklas framöver med förestående organisatoriska omstruktureringar.

Landstinget tycker att samverkan fungerar bra därför att det finns en god kommunikation mellan kommun och landsting. Det negativa ses som att det finns en tröghet i systemet, att processen sedan psykiatrireformens genomförande gått alltför långsamt men att kommunerna alltmer tar sitt ansvar för denna målgrupp. Samtidigt menar landstinget att de får ta en alltför stor del av ansvaret fortfarande liksom att mycket skuld läggs på dem i medierna då något går fel. Psykiatrisamordnaren (Rapport 2006:3) kom fram till att eftersom huvudmännen själva avgör ansvaret kan det finnas olika tolkningar av vad som bör göras med risk för en rundgång i systemet för den enskilde. Ännu ett samverkansproblem är att landstinget inte upplevs som tillgängligt av kommunen samt att remisshantering är svår. Detta hoppas landstinget kommer att förbättras genom tydligare riktlinjer. Dessutom menar kuratorn att samverkan *"varierar från person till person"* i form av *"personkemi"* hur väl man kommunicerar och samarbetar. Här anser landstinget att det finns en godtycklighet, det vill säga att det beror på vilken kommunal handläggare hur ärendet kommer att behandlas. Detta kan analyseras utifrån social kompetens i kombination med interpersonell kompetens som är en delkomponent inom den kollektiva kompetensen enligt Hansson (2003). Personliga relationer spelar roll för den kollektiva kompetensen. Även i Halls kompetensutvecklingsprocess (Wolvén 2000) tas engagemang upp som en viktig faktor för att skapa vitalitet och samhörighet med andra. Landstinget anser att samverkan vare sig fungerar bra eller dåligt. Samverkan med vuxenenheten anses fungera bra, medan samverkan med avdelningen för ekonomiskt bistånd anses fungera mindre bra då samverkansformer med psykiatrin inte är lika självklara i det sammanhanget. Här kan även brist på stödstrukturer, såväl psykologiska och fysiska, enligt Hall (Wolvén 2000) påvisa problem vid samverkan med olika enheter.

Personligt ombud menar att: *"Samarbetet har varit fantastiskt bra, så man träffar väldigt bra människor med god kompetens som, tycker jag, jobbar på och verkligen försöker hjälpa till"*. Utifrån hennes arbete anser hon att samverkan mellan kommun och landsting fungerar bra i form av nätverksmöten med kommunen och information från landstinget. Hon tycker att både kommun och landsting tar sig tid och utifrån de uppdrag hon själv arbetar med. Tillgängligheten till landstinget anses fungera mindre bra därför att klienterna/patienterna behöver fler och mer regelbundna kontakter med psykiatrin än vad som erbjuds. Även inom kommunen tar det personliga ombudet upp väntetider som ett problem för klienterna/patienterna. Samtidigt menar hon att kommunen alltid försöker sätta upp möten inom rimliga tidsramar men att klienterna/patienterna ofta har svårt att vänta.

Den gemensamma beröringspunkten utifrån ovanstående är att både kommun och landsting menar att samverkan fungerar bra, men att det vid specifika, rent praktiska insatser eller kontakter är mindre bra. Landstinget tar upp att det rent organisatoriskt behöver ske förbättringar genom att kommunen tar större ansvar. Även kommunen är inne på att en del saker behöver förbättras och utvecklas vidare. Psykiatrisamordnaren (Rapport 2006:3) kom fram till att fler styrdokument krävs för att främja samverkan. Rent allmänt finns det en samstämmighet mellan kommun och landsting. De använder sina skilda kompetenser enligt Hansson (2003) för att diskutera hur samverkan dem emellan fungerar.

#### *5.2.5 Styrning av samverkan*

Kommunen anser att samverkan ska styras från den organisatoriska nivån för att säkerställa kvaliteten och möjligheterna till samverkan på alla plan. Även här nämner kommunen den samordnade rehabiliteringsplanen som ett styrdokument. Kommunen tar också upp personliga relationer som grund för hur bra samverkan fungerar. Avdelningschefen menar att *"samverkan blir ju inte bättre än de personer som ska samverka"*. Individuella kontakter ses som mer avgörande än organisatoriskt uppställda dokument och direktiv. Avdelningschefen menar att inställningen *"tillsammans kan vi göra bättre än var och en gör för sig"* är något som både kommun och landsting utgår ifrån.

Landstinget menar att det som styr samverkan i första hand är god vilja både på ett personligt samt organisatoriskt plan från både kommun och landsting. Landstinget påpekar att det handlar om två totalt olika verksamheter där kuratorn uttrycker: *"vad man tänker om varandra tror jag också styr samverkan"* och att mycket handlar om vilka förväntningar och tolkningar respektive organisation har. Den nya gemensamma samverkansgruppen ses som

positivt, men att kommunen tycker att en läkare borde ingå. Vad som efterlyses är klarare politiska direktiv med ökad politisk styrning. Landstinget betonar att tjänstemannatolkningen kan vara godtycklig och att tolkningarna borde tydliggöras från en högre organisatorisk/politisk nivå.

Personligt ombud menar att det gemensamma organisatoriskt uppställda samverkansavtalet mellan kommun och landsting styr samverkan. Samtidigt tycker hon att samverkan även påverkas av de individer som ingår på samordningsplanet i den dagliga verksamheten. I ett samverkanssammanhang anser personligt ombud att personkänedom spelar in samt att båda parter har god kunskap om varandra.

Både kommun och landsting menar att organisatorisk eller politisk styrning är att föredra för att förhindra godtycklighet samt öka kvalitetssäkringen. Detta är även något som psykiatrisamordnaren (Rapport 2006:3) kommit fram till som lösning för den här målgruppen. Landstinget tycker att här finns utrymme för förbättringar medan kommunen tror att de personliga kontakterna spelar större roll än organisatoriska dokument. Samtidigt nämner kommunen att styrdokument styr samverkan. Även inställningen till samverkan är något både kommun och landsting är samstämmiga i och de anser båda att det finns en god vilja att göra något bra gemensamt. Viljan till samverkan är elementär för att samverkan ska kunna fungera, något som Tranquist (2001) påvisat. Nilsson och Wadeskog (1999) menar att då intresse finns spelar formella regelverk (hinder) inte så stor roll. Landstinget tror även att tankar, tolkningar och förväntningar styr samverkan utifrån att det handlar om två totalt olika verksamheter. Här kommer organisatoriska kulturella och traditionsbundna skillnader upp som enligt Tranquist (2001) kan vara hinder för samverkan. Denna aspekt tar inte kommunen upp. Personligt ombud har liknande tankar som kommun och landsting vad gäller styrningen av samverkan.

#### *5.2.6 Hinder till bättre samverkan*

Kommunen anser att den mänskliga komponenten, i form av inställning, kan vara ett hinder till bättre samverkan. Avdelningschefen menar att: *”Samverkan handlar ju på något sätt om att bjuda till från båda parter, inte att den ena kan styra den andra utan det förutsätter att man har samma ingång i det”*. Förutom personaspekten anser kommunen att samverkan kan förbättras med större tydlighet rent organisatoriskt med klarare uppdragsbeskrivning. Kommunen tar upp ekonomin som ett hinder för samverkan och menar att ansvarsfördelningen ska vara tydlig mellan kommun och landsting. Kommunen menar att remisser från kommunen inte tas emot av landstinget samt att kommunens bedömningar och

utlåtanden inte tas på allvar av landstinget. Detta anser socialsekreteraren motverkar samverkan och hon säger: *"Där har det varit rätt mycket frustration från vår sida, att det är svårt att få in folk i psykiatrin som vi ser har behov av det"*. Kommunen menar även att det inte spelar speciellt stor roll om man har styrdokument om dessa inte används i praktiken och är förankrade organisatoriskt eftersom de annars kan tolkas på olika sätt av de inblandade parterna (se direktcitat i förordet).

Landstinget ser hinder till bättre samverkan främst i ekonomiska termer med tanke på att kommun respektive landsting har varsitt uppdrag och att det därför kan förekomma svårigheter vid de ekonomiska förhandlingarna från båda håll på såväl individ- som organisationsnivå. Verksamhetscontrollern menar att *"ibland finns det tendenser till att man sätter i hämlarna i jorden och går inte med på någonting"*. Som hinder till bättre samverkan ser landstinget även tidsaspekten, att det handlar om att kommun och landsting måste samordna sina kalendrar för gemensamma möten vilket kan dra ut på tiden. Dessutom omnämns återigen förutfattade meningar och personkemi som hinder till bättre samverkan.

Personligt ombud menar att det främsta hindret till bättre samverkan finns på det personliga planet med personligt engagemang samt olika prioriteringar vad som anses vara viktigt.

Både kommun och landsting tar upp ekonomin som hinder för samverkan, men även den mänskliga faktorn nämns i form av inställning, "personkemi" och förutfattade meningar. Just att ekonomin är ett hinder för samverkan är även något Tranquist (2001) kunnat påvisa liksom att inställning eller snarare *vilja* är viktigt för samverkan. Kommunen tycker att inställningen är viktig, att det handlar om att bjuda till och inte försöka styra den andra parten. Detta kan tolkas utifrån Halls kompetensutvecklingsteori (Wolvén 2000) där Hall menar att samverkan innebär delad makt. Landstinget menar att det kan bli svårigheter vid ekonomiska förhandlingar och att det ibland förekommer tröghet och försök att stoppa upp processen samt att dessa tendenser finns både på person- som organisationsnivå. Detta är ett exempel på vad Tranquist (2001) kallar för *revirtänkande* för att skydda den egna verksamheten från ökade ekonomiska kostnader. Även personligt ombud tar upp personligt engagemang samt att det finns olika prioriteringar organisationerna emellan. Att så är fallet är något som psykiatrisamordnaren (2006:100) kunnat påvisa. Kommunen uttrycker frustration gentemot landstinget, att de inte tar kommunens utlåtanden och remisser på allvar. Detta kan tolkas utifrån Tranquist (2001) att det finns otillräckliga kunskaper om samverkanspartens kompetensområde vilket i sin tur kan yttra sig som bristande respekt. Landstinget ser även att tidsaspekten kan hindra samverkan, då

det ibland är svårt att koordinera kalendrar. Här handlar det enligt Tranquist (2001) om att bygga vidare på ett gemensamt problemlösande där frekventa personliga kontakter är viktiga. Kommunen uttrycker sig negativt om styrdokument, att det inte spelar någon roll att de finns om de inte används vilket i sin tur banar väg för godtyckliga tolkningar. Psykiatrisamordnare (Rapport 2006:3) fann att så ofta var fallet samt att det krävs fler styrdokument för att förbättra samverkan mellan huvudmännen.

### **5.3 Brister och förtjänster**

#### *5.3.1 Systemets brister och förtjänster*

Kommunen anser att samverkan fungerar bra samt ser det nya samarbetsavtalet som positivt. Systemets upplägg ses här som en förtjänst genom att båda parter ansträngt sig för att definiera hur samverkan och ansvarfördelning ska utformas. Samtidigt ser kommunen en risk med att varje organisation fokuserar på sin egen verksamhet vid svårare ekonomiska tider, vilket i förlängningen kan leda till förlorade samordningsvinster samt försämrad effektivitet. Ännu en brist i systemet anses vara de stora skillnaderna mellan de två organisationernas uppdrag samt att det rör sig om vitt skilda kulturer och traditioner hos kommun respektive landsting. Kommunen tar även upp att det rent organisatoriskt finns en brist med systemet genom att kommun och landsting är två olika organisationer. Avdelningschefen uttrycker: *"ibland är organisationen i sig ett hinder, att ibland är det kanske enklare att lösa vissa saker om man hade funnits i samma organisation"*. Samtidigt menar kommunen att det finns en viss godtycklighet i systemet (från båda sidor) då det handlar mycket om personliga kontakter. Att samordna budgeten anses därför vara en brist med systemets upplägg vilket även påverkar hur bra samverkan sköts samt vilken hjälp klienterna/patienterna får. Kommunen anser även att det är viktigt att man lär sig mer om varandras organisationer för att få en ökad förståelse för de möjligheter och begränsningar som respektive verksamhet har att rätta sig efter. Samverkan anses kunna hjälpa till att överbrygga dessa kunskapsluckor så att förståelsen ökar.

Landstinget anser att tydligheten både är en brist och förtjänst i systemet. Samverkansträffarna och samverkansavtalet ses som positiva förtjänster för att tydliggöra ansvarsgränserna mer sakligt. Huruvida en patient ska tillhöra primärvård eller specialistpsykiatri ses som en otydlighet vilket i sin tur leder till att kommunen har svårt att veta klienten/patientens tillhörighet inom landstingets organisation. Detta medför att processen blir tidsödande. Landstinget tar även upp alla omorganisationer genom åren som en brist i systemet. Kuratorn menar att: *"Det är inte alltid lätt att hänga med...veta vem man ska vända sig till och att mer information mellan oss saknas"*.

Även personligt ombud ser en brist i det nuvarande systemet med de olika ansvarsområdena. Hon menar att det är viktigt för båda parter att fundera på sina respektive roller och vad de kan genomföra utifrån resurser och uppdragsbeskrivning. *”Jag tror det är viktigt att vi som jobbar, att vi tänker till...vem gör vad? För det handlar om det här med kunskapen om varandras arbete”*.

Såväl kommun som landsting tar upp det gemensamma samarbetsavtalet som något positivt för samverkan emellan. Kommunen menar att ansvarsfördelningen är viktig, något som landstinget håller med om då de menar att ansvarsgränserna behöver tydliggöras på en sakligare nivå. Detta tas upp av psykiatrisamordnaren (Rapport 2006:3) som att huvudmännen, kommun och landsting, avgör ansvaret själva. Detta kan i sin tur leda till att tolkningar av vad som bör prioriteras kan skilja sig åt mellan dem vilket i förlängningen medför att ingen part tar ansvar i praktiken. Kommunen menar att det hade varit lättare om allting skötts utifrån en organisation med en gemensam budget. Tranquist (2001) påvisar att ekonomiska faktorer kan hindra samverkan. Även det personliga ombudet håller med om att ansvarsfördelningen och respektive organisations skilda roller/uppdrag är en brist i systemet. Kommunen menar att ett hårdare ekonomiskt klimat förvärrar problemet samt att det handlar om helt skilda kulturer och traditioner mellan kommun och landsting. Här kommer kommunen in på kulturella hinder enligt Tranquist (2001) som hinder till bättre samverkan. Även personliga kontakter och godtycklighet nämns av kommunen som en brist. Landstinget ser även att tydligheten brister vad gäller patienternas tillhörighet inom landstinget vilket i sin tur leder till svårigheter för kommunen. Detta anser landstinget i förlängningen medför samverkansproblem. Landstinget tar även upp ständiga omorganiseringar som en systembrist då detta även leder till informationsbrister och sämre kunskap om den andre parten. Detta tolkar jag som samverkansproblem utifrån flera olika nivåer, dels administrativt men även kunskapsmässigt enligt Tranquist (2001). Kommunen uttrycker att de behöver lära sig mer om varandra och vad de i realiteten kan erbjuda utifrån sina respektive verksamhetsramar. Detta är även något det personliga ombudet är inne på. Kommunen menar dock att samverkan kan vara ett sätt för att överbygga kunskapsbristen. Utifrån Tranquist (2001) är kunskapsbristen beroende på att centrala direktiv inte alltid förankrats i den praktiska verksamheten. Detta kan i sin tur leda till oförståelse för respektive kompetensområde. Det är därmed snarare så att samverkan kan brista vid svårigheter att förstå varandra utifrån kompetens och verksamhetsfält.

### 5.3.2 Kommunens brister och förtjänster

När det gäller den egna organisationen anser kommunen att de ser samverkan som en tillgång. En brist kommunen särskilt lyfter fram är att organisationen alltmer specialiserar sig, att bekymmer och problem blir alltmer komplexa vilket kräver att fler människor blir inblandade i processen. Klienten får därför kontakt med en rad människor vilket i sin tur kan skapa svårigheter för den enskilde. Här efterlyser kommunen därför en större tydlighet vad som gäller. Samtidigt upplever kommunen en glädje och energi hos dem som jobbar med psykiatrisk rehabilitering samt att personalen är kunnig, kompetent och intresserade. Kommunen ser också att det skett en positiv utveckling under de senaste åren särskilt med tanke på gemensamma utbildningsinsatser mellan kommun och landsting.

Landstinget menar även att det saknas kunskap om deras respektive verksamhet. Kuratorn säger: *"Vi har här [inom landstinget] kanske har dålig kunskap om lagstiftning och inom kommunen så kan man ha dålig kunskap om den här medicinska delen"*. Detta ser landstinget som naturligt, samtidigt som kommunens förutfattade meningar om till exempel medicinering eller risker lyfts fram som negativt. De personliga kontakterna anses vara viktiga, liksom att ökad kunskapsspridning underlättar. Landstinget menar även att kommunen är mer strikta vad gäller den ekonomiska medvetenheten och att det inom landstinget finns ett mer avslappnat hållningssätt gentemot ekonomin. I det här sammanhanget poängterar verksamhetskontrollern att kommunen har en mindre hierarkisk organisation. Det är just den organisatoriska otydligheten som anses vara en brist i kommunen. Verksamhetskontrollern menar: *"Och det kan jag väl ibland känna att det kan flyta lite grand i kommunen då som gör att det blir lite otydligt och lite oro. Vem?"*. Här lyfts även den politiska styrningen i form av socialnämnden som positivt medan landstingets tjänstemannastyrning anses vara en sämre styrningsform.

(Den här frågan är ej ställd till personligt ombud.)

Kommunen beskriver sig själva som villigt inställda till samverkan samt att det finns många positiva egenskaper hos personalen samt att kompetensen är stor kring psykiatrisk rehabilitering. En brist de ser hos sig själva är den ökade specialiseringen vilket i sin tur leder till svåröverskådlighet för klienten samt att många professionella involveras i processen. En positiv förtjänst kommunen ser är att det skett en förbättring under senare år med gemensamma utbildningar. Landstinget å andra sidan poängterar kunskapsbristen hos kommunen som ett problem samt att detta i förlängningen leder till förutfattade meningar angående till exempel medicinering. Landstinget tar även upp den organisatoriska otydligheten

som ett problem med kommunen, att den plattare organisationen gör det svårare att veta vem man ska vända sig till vilket ökar osäkerheten. Landstinget tror på ökad kunskapsspridning samt personliga kontakter. Kommunen tror på ökad tydlighet. Kommunen är enligt landstinget alldeles för fokuserade på ekonomi och besparingar medan den politiska styrningen ses som positiv. Utifrån detta drar jag slutsatsen att det finns en samstämmighet kring vikten av ökade kunskaper, dels i form av gemensamma utbildningsinsatser men även kunskapsspridning på andra sätt, till exempel i form av interpersonella relationer. För övrigt är perspektiven angående kommunens brister vitt skilda mellan kommun och landsting. Utifrån Hansson (2003) innebär detta att det saknas ett gemensamt meningsskapande. Samtidigt kan ovanstående tolkas utifrån kommunens insikter i sina egna möjligheter och begränsningar enligt Tranquist (2001). Kommunen tar upp både positiva och negativa aspekter på sin egen verksamhet vilket påvisar att de har insikter om verksamhetens förmågor.

### 5.3.3 Landstingets brister och förtjänster

När det gäller brister eller förtjänster hos landstinget ser kommunen (se 5.3.2) samma sak som den egna organisationen *"att det i grunden finns mycket positivt där också utifrån att det finns en önskan om att göra något bra"*. En ytterligare brist kommunen lyfter fram är att det finns olika saker som styr inriktningen på verksamheten som till exempel Miltonprojektet med rehabilitering och att det sedan kommer något annat sätt som ska implementeras. Kommunen menar därmed att olika strategier och ständiga byten av strategier kan få allvarliga konsekvenser ur ett samverkansperspektiv.

Med tanke på brister och förtjänster inom den egna organisationen menar verksamhetscontrollern att det finns *"en oförståelse för den andres problematik eller problem ... därför att man är så upptagen av sin egen"*. Denna oförståelse kan hon se som en brist, att man inom landstinget uttalar sig negativt om kommunen, men att detta många gånger är frustrationer som kommer till uttryck. I ett samverkansperspektiv ser landstinget informationsutbytet som positivt, att landstinget har ett ansvar att lämna ut information till kommunen. Kunskapsbristen inom den egna organisationen är ytterligare en sak landstinget tar upp. Kuratorn menar att: *"Jag tror att kunskapen [inom landstinget] är väldigt varierande kring vad kommunen kan eller ska hjälpa till med"*.

(Den här frågan är ej ställd till personligt ombud.)

Kommunen ser dels att det finns positiva förtjänster hos personalen samt att gemensamma utbildningar är en utveckling i rätt riktning. Kommunen menar även att det skapar



diskontinuitet med ständigt olika inriktningar och byten av strategier ur ett samverkansperspektiv. Landstinget tar även upp kunskapsbristen som ett problem och menar att de har dålig kunskap om kommunens problematik samt begränsade kunskaper om vad kommunen kan stå till tjänst med liksom dålig kunskap om lagstiftningen (se 5.3.2). Tranquist (2001) menar att bristande kunskaper om den andre partens kompetensområden kan leda till bristande samverkan. Även nationella psykiatrisamordnaren (Rapport 2006:3) är inne på att kunskapsbristen är ett problem i ett samverkansperspektiv. Landstinget anser även att den egna tjänstemannastyrningen är sämre än kommunens politiska styrning. Informationsutbytet ses däremot som positivt, att landstinget lämnar ut mycket information till kommunen. Detta är första stadiet i Hanssons (2003) kollektiva kompetensmodell där ökat informationsutbyte och interpersonella kontakter liksom tvåvägskommunikation är viktigt. Landstinget tycker även att ekonomin och tryggheten i den hierarkiska organisationen är bättre än i kommunens organisation. Detta kan ses som Tranquists (2001) organisatoriska hinder, att det handlar om hur administration och styrning sköts för att förbättra samverkan.

#### 5.3.4 Hur klienterna/patienterna påverkas

Kommunen ser klienterna/patienterna som antingen de stora förlorarna eller de stora vinnarna utifrån hur välfungerande systemet är. Kommunen menar att då samverkan sker på bästa sätt så kommer inte klienterna att bollas mellan organisationerna. Avdelningschefen påpekar att det blir bättre samverkan när de två organisationerna drar åt samma håll: *"Vi ska samarbeta och vi måste hitta former för det som gör att vi blir bra på det och att klienten i förlängningen får den hjälpen på ett bra sätt"*. Kommunen ser även att gemensamma möten och gemensam planering gynnar klienterna/patienterna. Socialsekreteraren menar att det är viktigt med *"rätt information, samma information som kommer till klienten hela vägen"*. Kommunen anser att nätverksmöten är en bra samverkansform då det underlättar för klienten men också att alla inblandade professionella vet vad som tagits upp.

Landstinget anser att klienter/patienter inte alltid nås av kommunikationen mellan kommun och landsting vilket kan leda till missriktade föreställningar. Att landstinget inte kan leva upp till de förväntningar som finns inom kommunen och kommunens personal påverkar därmed klienterna. Verksamhetscontrollern menar att detta i sin tur leder till att patienterna *"kan känna att de blir lite lämnade av psykiatrin"*. Kuratorn framhåller även att kommun och landsting ibland har olika syn på klientens behov. Ibland har landstinget ansett att klienten/patienten behöver mer stöd i förebyggande syfte där kommunen inte bistått den

enskilde. Hon anser dock att detta till stor del handlar om resursbrist eller svårigheter att få tag på kontaktpersoner eller andra stödåtgärder.

Personligt ombud menar att klienterna/patienterna påverkas av samverkan eller brist på samverkan. Som exempel tar hon bristande kommunikation där klienten/patienten inte informeras om alla insatser som står till buds, där bristen varit den mänskliga faktorn i form av glömska. När hon träffar handläggare på vuxenenheten försöker hon diskutera med denne innan de gemensamt träffar klienten, *”så att man vet ungefär vad man ska informera om och vad man bör informera om”*. På det organisatoriska planet tycker hon att det fungerar bra.

Kommunen menar att det är viktigt med gemensamma möten, gemensam planering samt att klienten får samma information hela vägen. I det här sammanhanget nämns nätverksmöten som positivt. Här är Tranquists (2001) administrativa samordning central, att det finns förutsättningar för samverkan på ett organisatoriskt plan. Även det gemensamma problemlösandet, att båda parter gemensamt verkar för att bistå den enskilda utifrån de skilda kompetenserna i gemensam sak är viktigt för samverkan enligt Tranquist. Psykiatrisamordnaren (Rapport 2006:3) å sin sida, tar upp vikten av samordning kring beslut samt att brister i gemensam planering ofta framkom vilket i sin tur medförde problem och svårigheter för den enskilde. Landstinget tar upp att informationen mellan kommun och landsting inte alltid fungerar bra vilket landstinget menar i förlängningen leder till att klienten/patienten förväntar sig saker och ting som inte landstinget kan leva upp till. Psykiatrisamordnaren (2006:6) tar även upp en studie som påvisat att orealistiska förväntningar medför problem samt att det är viktigt med kunskap om vilka insatser som vidtagits för psykiskt funktionshindrade. Bristen på kommunikation är även något som personligt ombud tar upp som en negativ konsekvens för patienter/klienter. Hansson (2003) menar att interaktion leder till ett gemensamt meningsskapande vilket i sin tur förbättrar den kollektiva kompetensen och samverkan. Genom kommunikation kan även meningsutbytet förbättras och informationsutbyte leder i förlängningen till ökad förståelse samt att de två parterna kan samverka på bästa sätt. Hansson (2003) menar även att kommunikationen i sin tur leder till ökad förtroenhet. Landstinget tar även upp att det i vissa fall finns olika syn på vilka insatser klienten/patienten skulle behöva i förebyggande syfte, men att detta ofta grundar sig i resursbrist inom kommunen. Just skilda perspektiv och prioriteringar är något nationell psykiatrisamordnare (2006:100) tar upp som ett problem. Samtidigt är ekonomiska hinder och resursbrist ett vanligt problem vid samverkan (Tranquist 2001).

### 5.3.5 Samsyn respektive olikhet

Huruvida det krävs en samsyn tycker kommunen att det är positivt samtidigt som de olika verksamheterna alltid kommer att ha olika uppdrag och roller. Kommunen menar även att man inom kommunen och landstinget har olika syn på vad som kan hjälpa klienten/patienten. Den här olikheten ses som positivt ur klienten/patientens synvinkel så att det inte blir ett alltför snävt stöd. Enligt socialsekreteraren är det viktigt *”att kunna samordna de två synsätten för att göra någonting bra för klienten”*. Samtidigt poängterar avdelningschefen att *”det är viktigt att vi har det rent värderingsmässigt så likt som möjligt”* med ett gemensamt tänkande kring hur man ser på psykisk funktionsnedsättning och psykisk sjukdom. Kommunen påpekar även att de gemensamma utbildningsinsatserna är positivt, liksom att man träffas för att resonera och på så sätt skapa en röd tråd i arbetet.

Landstinget menar vidare att det inte är nödvändigt med en samsyn samt att detta inte är något man ska sträva efter. Verksamhetscontrollern säger: *”vi har vår bild utifrån ett hälso- och sjukvårdsperspektiv på den här patientens behov utifrån vår synvinkel”*. Landstinget tycker det är bra att kommun och landsting har skilda verksamhetsuppdrag men att kommunen borde lära sig mer om vad olika diagnoser och de bakomliggande orsakerna till funktionshindret för att öka förståelsen till varför klienten/patienten beter sig på ett visst sätt. Vad som efterlyses i det här sammanhanget är ökade kunskaper från kommunens sida. Landstinget tror även att personalens grundutbildning och organisatoriska kultur påverkar utgångsläget för samverkan.

Personligt ombud har ej svarat på huruvida det krävs en samsyn eller olikhet, endast att det är viktigt att kommun och landsting kan hjälpa varandra och inte tveka att begära hjälp av varandra för att förhindra att klienterna/patienterna faller mellan stolarna.

Både kommun och landsting ser det som positivt att de har olika roller och uppdrag. Psykiatrisamordnaren (2006:100) menar att bristande samverkan förekommer även då uppdragen är klart definierade och avgränsade liksom att båda parter kan fransäga sig ansvaret för denna grupp. Kommunen anser att den breda kompetensen hos kommun och landsting är bra, då detta innebär ett utökat stöd till den enskilde. Förståelse för den andre partens kompetens är enligt Tranquist (2001) viktigt. Kommunen nämner även vikten av gemensamma värderingar samt att gemensam utbildning samt gemensamma möten är positivt. Detta är även något Tranquist (2001) tar upp, att värderingar mellan olika organisationer kan påverka möjligheterna till samverkan. Enligt Hansson (2003) är interaktion och kommunikation viktig för gemensamt meningsskapande och kollektiv kompetens. Landstinget

skulle önska att kommunen hade större kunskaper om olika diagnoser för att skapa större förståelse för varför klienter/patienter beter sig på ett visst sätt. Kunskapsbrist är något både Tranquist (2001) och psykiatrisamordnaren (2006:100) tar upp som problem vid samverkan. Landstinget tror att organisationskultur samt personalens grundutbildning spelar stor roll i sammanhanget. Även detta kan tolkas utifrån Tranquist (2001) som tar upp organisatoriska hinder i form av värderingar och organisationskultur som hinder för samverkan. Printz (2001) menar att organisatoriska kulturskillnader påverkar samverkan.

## **5.4 Kommunikation**

### *5.4.1 Kommunikationen mellan kommun och landsting*

Kommunen anser att kommunikation finns på flera olika nivåer, både formella och informella. Dels poängteras att viss verksamhet är överlappande då några landstingsanställda finns på socialt stöd och "SamForm". Dels handlar det om kontakter i enskilda ärenden där det finns ett informationsutbyte och samarbete samt *"ett utbyte av vad som händer i respektive verksamhet"* på chefsnivå enligt avdelningschefen. Socialsekreteraren menar att det främst är med sjuksköterskor och kuratorer som kommunikationen fungerar bra, medan läkare ibland inte närvarar vid möten vilket kan vara frustrerande i de fall de vore viktiga att ha med. Sekretesslagstiftningen ses som en begränsning när det gäller kommunikationen. För övrigt anser kommunen att kommunikationen fungerar bra, särskilt med tanke på befintliga kontaktnät. Socialsekreteraren menar att *"det handlar mycket om personliga kontakter"* och hon poängterar att i hennes yrke jobbar hon med människor så detta är svårt att komma ifrån.

I landstinget tycker verksamhetscontrollern att kommunikationen mellan kommun och landsting *"är väldigt okomplicerad"* och att den fungerar bra via telefon, e-mejl och möten. Landstinget tar även upp samverkansgruppen som en form av informationsutbyte samt att det finns daglig kommunikation mellan kommun och landsting samt deras olika enheter i personärenden. Kuratorn säger: *"Ibland har man patienter som inte har kontakter, att man inte har behov utav alls och ibland så har man sådana som kräver ganska mycket samverkan"*. Graden av kontakt varierar och landstinget menar att det beror mycket på klienten/patienten och dennes behov vilka former av samverkan som upprättas.

Personligt ombud menar att i de uppdrag hon arbetar med så fungerar kommunikationen bra. Hon ger exempel på att det finns en referensgrupp där både kommun och landsting sitter med, så rent organisatoriskt sker mycket informationsutbyte där.

Kommunen menar att kommunikationen fungerar bra på respektive nivå men att läkarnas frånvaro vid möten är negativt. Kommunen ser sekretesslagstiftningen som ett problem och hinder vid informationsutbytet och därmed en svårighet i samverkan. Detta är något som Tranquist (2001) lyfter fram som ett juridiskt hinder vid samverkan vilket i sin tur motverkar möjligheten för respektive part att få ett helhetsperspektiv på klientens/patientens situation. Detta kan även i förlängningen leda till bristande kunskap och förståelse för den andre partens kompetens. Nilsson och Wadeskog (1999) menar däremot att detta är ett falskt hinder då samverkansproblem ofta bottenar i något annat. Landstinget tycker också att kommunikationen fungerar bra samt att klienten/patientens behov styr omfattningen av informationsutbytet liksom att samverkansgruppen och den dagliga kommunikationen dem emellan är bra. Hansson (2003) menar att kommunikation är central vid utvecklingen av den kollektiva kompetensen.

#### *5.4.2 Betydelsen av kommunikation i ett samverkansperspektiv*

Kommunen ser kommunikation i ett samverkansperspektiv som oerhört viktigt. Avdelningschefen menar att kommunikation är viktigt både med tanke på att man får information om vad som händer och olika förändringar, men även att man kan kommunicera och föra resonemang med berörda parter angående aktuella frågor. Hon summerar med att säga: *"Kommunikation är ju en grundläggande förutsättning för att det ska fungera"*.

Angående kommunikation i ett samverkansperspektiv anser landstinget att det har stor betydelse. Verksamhetscontrollern menar att kommunikation *"är A och O"* så att man ska kunna nå fram till varandra och få *"sagt det man vill ha sagt"*. Hon tycker även *"att det finns ett öppet klimat när det gäller att prata med varandra"*. Kuratorn tycker det är viktigt att man *"skakar av sig eventuella förväntningar och förutfattade meningar man har från respektive"* för att underlätta bättre kommunikation.

I ett samverkanssammanhang anser personligt ombud att kommunikation betyder allt: *"Det måste man ju sätta högst upp, det är jätte viktigt"*. Det enda sättet för att få till stånd bra kommunikation är enligt personligt ombud att delge sin kunskap och ta sig tid att informera varandra.

Kommun och landsting är samstämmiga då det gäller betydelsen av kommunikation i ett samverkansperspektiv. Även personligt ombud håller med om detta. Hansson (2003) menar att kommunikation är central för att uppnå förståelse och ett gemensamt meningsskapande vid samverkan och kollektiv kompetens. Tranquist (2001) poängterar i sin tur att ett gemensamt

problemlösande kräver tillräckliga kontakter och informationsutbyte mellan parterna. Nilsson och Wadeskog (1999) menar att kommunikation innan omorganisationer kan förhindra sönderslagna samverkansnät.

#### 5.4.3 Förståelse och gemensamt ”språk”

Huruvida kommun och landsting kan förstå varandra och ”pratar samma språk” menar kommunen att det är viktigt med kontakt och insyn i varandras verksamheter för att därigenom öka förståelsen så att det inte ska skapas ett *”vi-och-dom”*. Avdelningschefen menar att större kunskap och förståelse i sin tur kan motverka orealistiska förväntningar på den andra verksamheten. Samtidigt medger socialsekreteraren att det finns begränsningar i språkbruket då de inom landstinget pratar i medicinska termer, vilket hon själv inte gör och där finns inte heller hennes expertis. Hon upplever även att landstinget ibland ifrågasätter socialförvaltningens utredningar och bedömningar utifrån de sociala behoven.

I landstinget tycker verksamhetscontrollern inte att kommun och landsting nödvändigtvis pratar samma språk, trots att förståelse kan komma så småningom. Hon menar att *”möten kan handla om att just förstå vad den andra säger, vad det betyder i verkligheten. Men ju mer man jobbar i ungefär samma konstellationer och så vidare desto bättre blir det”*. Kuratorn menar att det för det mesta fungerar väldigt bra.

När det gäller om kommun och landsting pratar samma språk och kan förstå varandra menar personligt ombud att: *” Vi pratar inte samma språk och det ska vi väl inte göra heller i och med att vi jobbar med olika ansvarsområden, men däremot så tycker jag att man har väldigt stor förståelse för varandras språk”*.

Vad gäller ett gemensamt språk menar kommun och landsting att det är viktigt med förståelse, något som även Hansson (2003) påpekar är viktigt i ett samverkansperspektiv med kollektiv kompetens. Kommunen visar öppenhet när det gäller insikter om betydelsen av gemensamt språk, ökade kunskaper och förståelse. Landstinget påpekar att förståelse kan komma med tiden, genom att parterna träffas, samarbetar och utbyter information. Det finns samstämmighet där kommun och landsting menar att de kan förstå varandra bättre genom möten och interaktion. Denna gemensamma plattform är något Tranquist (2001) framför då det gäller att förbättra det gemensamma problemlösandet. Nilsson och Wadeskog (1999) påpekar att kommun och landsting har skilda sätt att hantera problem utifrån att respektive professionella verklighet skiljer sig fundamentalt åt. Printz (2001) menar att kommunikation liksom förståelse ofta saknas.

## 5.5 Förväntningar

### 5.5.1 Kommunens förväntningar på landstinget

På kommunen menar avdelningschefen att hon har samma förväntningar på landstinget som hon förväntar sig av den egna verksamheten. Hon säger: *”Det ligger i vårt uppdrag att vi ska samarbeta och det är ingenting man kan fundera på...utan det är en förutsättning för att arbetet ska fungera”*. Hon ser detta som en ömsesidig förväntan, att själva arbetsgången ska fungera och fokusera på samverkan. Socialsekreteraren förväntar sig ett professionellt agerande från landstingets sida: *”att man har ett professionellt förhållningssätt från båda sidor och har förståelse för att vi faktiskt arbetar inom två helt olika områden och att vi gemensamt med våra olika insatser kan hjälpa personerna på bästa sätt”*. Som exempel tar hon upp att man inte ska föra fram oenigheter och konflikter framför klienten utan ta upp sådant i enrum. Dessutom poängterar socialsekreteraren att lättillgängligheten är en viktig komponent.

Angående kommunens förväntningar på landstinget så tycker verksamhetscontrollern att de vill att landstinget ska komma när de ringer (lättillgängligheten), fast hon menar att landstinget inte har möjlighet att komma alla gånger då kommunen behöver dem eftersom de är alltför få. Kuratorn menar att kommunen förväntar sig *”att patienten ska få en behandling och bli fixad”*.

När det gäller kommunens förväntningar på landstinget har kommunen mer att säga. Kommunen poängterar att ett professionellt agerande även från deras sida, samt framhåller vikten av samverkan. Landstinget menar att resursbrist står i vägen för deras egen lättillgänglighet. En annan förväntning kommunen anses ha, som förs fram från landstingets sida, är att klienter/patienter ska bli behandlade och ”fixas”. I det här sammanhanget är det viktigt med kunskap om varandras kompetens och kompetensområden som Tranquist (2001) samt Nilsson och Wadeskog (1999) påpekar. Detta gäller även kunskap om vilka verksamhetsbegränsningar som finns vad gäller de resursmässiga förutsättningarna.

### 5.5.2 Landstingets förväntningar på kommunen

När det gäller landstingets förväntningar på kommunen poängterar kommunen att förväntningar på samverkan är en sak, medan förväntningar på vad som är genomförbart och möjligt utifrån socialförvaltningens förutsättningar, såväl ekonomiskt som praktiskt, är något helt annat. Kommunen menar att det inom landstinget finns bristande förståelse för kommunens utgångsläge, att deras huvudfokus handlar om att bedöma de sociala funktionerna.

Kommunen tycker att landstinget förväntar sig att kommunen ska bevilja insatser. Återigen poängterar kommunen att det är viktigt med grundkunskap så att man vet vilka möjligheter till hjälp som finns att få inom respektive verksamhetsfält.

I landstinget uttrycker verksamhetscontrollern: *"Jag förväntar mig att de kommer när vi ringer...att de säger det de har att säga och jag förväntar mig respekt"*. Det är främst dessa tre aspekter hon tycker är viktiga när det gäller de egna förväntningarna. Kuratorn förväntar sig av kommunen att *"man är uppmärksam och möter den andre med respekt"*, liksom hon förväntar sig detta från landstingets sida.

Även här har kommunen mer att säga. Landstinget tar upp respekt, information och tillgänglighet medan kommunen tar upp professionellt agerande som viktigt (se 5.5.1). Kommunen tar även upp förståelse som en viktig komponent, liksom att grundkunskapen är viktig för vilka förutsättningar som gäller för respektive verksamhetsfält. Alla dessa delar är viktiga i ett samverkansperspektiv enligt Hansson (2003) som poängterar vikten av förståelse medan Tranquist (2001) framför kunskapsaspekten.

### *5.5.3 Personligt ombuds perspektiv på förväntningarna mellan huvudmännen*

Personligt ombud förväntar sig att samverkan av insatser mellan kommun och landsting ska fungera till hundra procent och det fungerar för det mesta bra. Ibland kan det gå lite trögare med kontakterna och då har det varit på sjukvårdssidan med landstinget. Samtidigt menar hon att det hjälper att veta anledningen till varför det kan finnas problem, som i landstingets fall i form av underbemanning, för att sedan kunna förklara detta för sin klient. Andra saker hon förväntar sig är *"att kunna ha förståelse för varandra, för varandras områden som man arbetar med"*. Hon avslutar med att tillägga: *"Jag respekterar andra professioner och jag vill också bli respekterad själv"*.

Även personligt ombud håller med om att förståelse och respekt är viktiga utgångslägen för vilka förväntningar respektive verksamhetsfält har på varandra. Hon nämner även att kunskapen är viktig, att få veta hur saker och ting ligger till underlättar i sin tur för vilken information som kommer klienten till dels. Detta överensstämmer med ovan analys. Psykiatrisamordnaren (Rapport 2006:3) poängterar att skilda förväntningar eller orealistiska förväntningar motverkar samverkan mellan huvudmännen.



## 5.6 Prioriteringar

### 5.6.1 Upplevelse av prioriteringsordningen

På kommunen anser avdelningschefen inte att det finns några särskilda områden eller grupper som är särskilt prioriterade när det gäller de psykiskt funktionshindrade. Socialsekreteraren menar att en grupp, personer med dubbeldiagnos (även kallat samsjuklighet) med både missbruk och psykiska problem, prioriteras längst ner på skalan och *"bollas mycket mellan organisationerna"*.

Landstinget menar att prioriteringarna utgår ifrån landstingets primära uppgift som är utredning och behandling. Här omnämns även rehabilitering som ingår i samverkan med kommunen samt hälsoprevention om än i begränsad omfattning. Landstinget menar att den första prioriteterna är om det finns fara för någons liv och i andra hand om det är fara för någon annans liv. Riktmärken är lagstiftningen med hälso- och sjukvårdslagen och LPT (lagen om psykiatrisk tvångsvård). Liv och hälsa anses vara landstingets utgångspunkt medan de anser kommunen fokuserar på bastrygghet.

Personligt ombud menar att: *"Är det någon av mina klienter som har det väldigt svårt så tycker jag att jag får snabb hjälp ifrån socialtjänsten och likadant från sjukvården så att de ger en råd om vilken väg man ska gå"*. När det behövs hjälp så finns hjälpen där även vid mer omfattande problematik än vanligt. Samtidigt poängterar hon att från klientens synvinkel kan det vara en svårighet att tillgängligheten inte alltid finns utanför kontorstid.

Det finns skilda upplevelser av prioriteringsordningen där de båda verksamheterna utgår ifrån sina respektive målsättningar. Kommunen nämner personer med samsjuklighet som en underprioriterad grupp. Psykiatrisamordnaren (Rapport 2006:3) tar upp skilda prioriteringar som ett problem mellan huvudmännen. Detta är dock inte något resultat jag kunnat komma fram till utifrån ovanstående resonemang.

## 5.7 Idealtillstånd

### 5.7.1 Olika perspektiv på *"Framtidens psykiatri"*

Både kommun och landsting undrar över hur vårdcentralernas nya roll, både vad gäller resurser och kompetens, kommer att påverka villkoren för klienterna/patienterna. Kommunen oroar sig även för hur tydligt det nya systemet kommer att bli. Både kommun och landsting tror även att landstinget kommer att vara mer inriktat på medicinsk behandling medan båda hoppas på att även terapeutisk behandling ska finnas tillgänglig. Utifrån ovanstående kan jag

påvisa en samstämmighet hur de tror att psykiatrin kommer att utvecklas i framtiden. Utifrån sina respektive verksamheter funderar landstinget över huruvida det lutar mot en ökad privatisering inom vården och kommunen tror att rehabilitering i framtiden blir deras ansvar.

#### *5.7.2 Olika perspektiv på idealtillståndet för samverkan*

Kommunen ser idealtillståndet för samverkan som att kommun och landsting ska ha ett gemensamt förhållningssätt, gärna sitta på samma plats rent fysiskt och idealiskt sett vara en och samma huvudman. Detta är något psykiatrisamordnaren (Rapport 2006:3) även tar upp som ett problem. Med en och samma huvudman hade många organisatoriska svårigheter kunnat överbryggas. Tranquist (2001) tar även upp betydelsen av organisationskultur, och med ett gemensamt tänkande kring problematiken hade många samverkansproblem upphört. Hansson (2003) har enhet som slutligt stadium vad gäller samverkan och kollektiv kompetens med gemensamt meningsskapande på alla plan. Kommunen tror att det finns mycket mer de kan göra gemensamt, som metodutveckling och multidisciplinära team, trots de skilda uppdragen. Psykiatrisamordnaren (Rapport 2006:3) tar upp betydelsen av kompetensutveckling, att utvärdera och dokumentera för att på så sätt förbättra arbetsgången. Kommunen tycker även att en gemensam budget hade varit idealiskt liksom att samverkansavtalet kommer att tydliggöra ansvarsgränserna. Tranquist (2001) tar även upp ekonomin som ett hinder för samverkan liksom betydelsen av ökade kunskaper om den andre parten. Landstinget tror på förbättrad flödesbild med tydligare angivelser vem som ska göra vad samt förbättrade kunskaper på båda sidor. Viljan att samarbeta är inte tillräckligt enligt landstinget, utan det krävs mer än bara vilja. Viljans betydelse är central när det gäller samverkan enligt Tranquist (2001). Personligt ombud önskar snabbare insatser utifrån klienterna/patienternas perspektiv, samt ökad tillgänglighet till landstinget med utökad stödverksamhet.

## **6. SLUTDISKUSSION**

Mina resultat i denna studie påvisar att det finns en stor medvetenhet om problematiken kring samverkan bland dem som arbetar med psykiskt funktionshindrade. Jag har även kommit fram till att det finns många gemensamma beröringspunkter mellan de två huvudmännen när det gäller synen på samverkan kring de psykiskt funktionshindrade. Nedan följer en sammanfattning av mina resultat.

### **6.1 Sammanfattning av resultaten**

Jag har uppnått mitt syfte att beskriva och analysera det psykiatriska arbetet mellan kommun och landsting med fokus på samverkan. Kommun och landsting är samstämmiga i sina definitioner av vad psykiskt funktionshinder, liksom andra begrepp som psykisk ohälsa och psykisk sjukdom, innebär. Detta visar på en gemensam förståelsegrund. Då de definierar samverkan är tydlighet och ansvarsfördelning viktigt för både kommun och landsting samt att det handlar om ett gemensamt arbete utifrån en specifik målsättning med klienterna/patienterna i fokus. Detta överensstämmer med litteraturens definitioner av samverkan. Mina resultat påvisar att det finns en samstämmighet mellan kommun och landsting av begreppet samverkan. Då det gäller samordning har kommunen en definition som utgår ifrån samordningsvinster och effektivitet medan landstinget mer fokuserar på praktisk utformning av verksamheten. Vad gäller en lägesbeskrivning av hur samverkan ser ut i dagsläget nämner både kommun och landsting gemensamma möten, men även samverkansformen ”SamForm”. Kommunen poängterar betydelsen av uppställda styrdokument för samverkan medan landstinget diskuterar samverkan utifrån interpersonella möten. Min tolkning är att det handlar om olika perspektiv på hur samverkan ter sig för de inblandade parterna. Både kommun och landsting menar att samverkan fungerar bra, men att det vid vissa insatser fungerar mindre bra. Kommunen poängterar att det alltid finns utrymme till förbättringar. Landstinget däremot påpekar att de tar alldeles för stort ansvar för denna målgrupp fortfarande liksom att mycket samverkan är godtycklig beroende på ”personkemi” och därför skiljer sig åt mellan olika organisatoriska delar inom kommunen. Både kommun och landsting föredrar politisk och organisatorisk styrning för att förhindra godtycklighet. Samtidigt påpekar kommunen att personliga kontakter spelar större roll än styrdokument. Både kommun och landsting tycker att det finns en vilja till samverkan. Landstinget tar upp att det rör sig om skilda verksamheter med skilda tolkningar och förväntningar. Hinder till samverkan ses främst i ekonomiska termer, men även ”personkemi” omnämns som hämmande

för samverkan. Kommunen påpekar att inställningen till samverkan är viktig medan landstinget tar upp revirtänkande i ekonomiska förhandlingar från båda parter. Kommunen upplever att deras kompetens inte tas på allvar av landstinget i en del fall, något som kan betyda att kunskapen om den andre partens kompetensområde är bristfällig.

Både kommun och landsting tar upp samverkansavtalet som positivt för samverkan liksom att ansvarsfördelningen kan ses som en brist i systemet. En annan brist som omnämns av kommunen är godtycklighet med personliga kontakter, medan landstinget menar att tydligheten ofta brister vad gäller patienters tillhörighet inom landstingets organisation. Kommunen nämner även att de två organisationerna har olika kulturer och traditioner medan landstinget nämner att ständiga omorganiseringar försvårar för samverkan då det i en del fall saknas kunskap och information om vad som gäller. Kommunen tycker att det finns mycket kompetens i den egna organisationen samtidigt som den är alltför specialiserad vilket går ut över klienterna. Landstinget tycker att kommunens kunskaper om landstingets villkor i form av behandling och medicinering brister, vilket sedan i sin tur leder till förutfattade meningar. Landstinget påpekar även en organisatorisk otydlighet hos kommunen samt att de är mer fokuserade på ekonomiska besparingar. Kommun och landsting tar upp vitt skilda brister och förtjänster hos varandra. När det gäller brister hos landstinget menar kommunen att ständiga byten av strategier och inriktningar försvårar för samverkan. Landstinget nämner att de saknar kunskap om kommunens villkor samt har bristande insikt i vad kommunen kan vara behjälpliga med. Huruvida klienterna/patienterna påverkas av samverkan eller brister däri, menar kommunen att information är viktig. Landstinget tar upp att bristande information kan leda till att klienten förväntar sig saker som inte landstinget kan leva upp till.

Både kommun och landsting menar att det är bra de har skilda uppdrag/roller. Kommunen poängterar att den breda kompetensen leder till ett ökat stöd för den enskilde. Samtidigt omnämns att gemensamma värderingar och möten, liksom gemensam utbildning är positivt ur ett samverkansperspektiv. Kommunen nämner även sekretessen som ett hinder för samverkan. Kommunikation anses ha stor betydelse när det gäller samverkan dem emellan. När det gäller förväntningar tar landstinget upp respekt, information och tillgänglighet, medan kommunen tar upp professionellt agerande. Här omnämns även vikten av förståelse och kunskap om den andre parten. Vad gäller prioriteringarna skiljer sig dessa åt och respektive verksamhet utgår ifrån sin målsättning. Här kan jag inte dra några paralleller till samverkansproblematiken. Både kommun och landsting ställer sig frågande till hur utvecklingen av psykiatri i kommunen kommer att se ut för klienterna/patienterna vad gäller resurser och stöd i framtiden. Idealtillståndet för samverkan ser kommunen som att de ska vara

samma organisation eller åtminstone sitta på samma plats rent fysiskt samt ha ett gemensamt förhållningssätt. Här omnämns även vikten av en gemensam budget. Landstinget tror på tydligare angivelser om vem som gör vad och en bättre flödesbild och själva viljan till samverkan anses inte räcka hela vägen.

## **6.2 Diskussion om psykiatrins samhällliga dilemma**

Samverkan mellan kommun och landsting är komplext och de bakomliggande orsakerna till hur samverkan fungerar i praktiken är många. Jag tror att det är viktigt att skapa ökad förståelse för de villkor som de psykiskt funktionshindrade lever under. Människor med psykiska funktionshinder är en svag grupp i samhället och de är beroende av att andra företrädare ställer upp för att tillvarata deras intressen. Samtidigt reser detta frågan vilka deras intressen egentligen är. Hur vet vi att samverkan alltid är för deras bästa? Det kan tänkas att samverkan tillför ännu en maktdimension som ytterligare begränsar deras rörelsefrihet att leva sina liv efter egna initiativ. Just samverkan sett som kontrollutövande finner jag intressant. Ju fler inblandade professionella, desto mer insyn får samhället i deras liv och leverne. Detta kan i förlängningen leda till påverkan på deras autonomi och självbestämmande. Utifrån denna kontext tror jag att samverkan kan uppfattas som ett hot av klienter/patienter då de får fler ögon på sig. Jag anser att denna grupp är en av de svagaste i samhället och deras röst är sällan hörd. Förbättringar i form av rehabilitering och sysselsättning kommer ofta i skymundan för ekonomiska besparingar som är fallet med "SamForm", en verksamhet som det råder stor osäkerhet om inför framtiden. Jag tror att det krävs en ökad medvetenhet om problematiken på alla plan för att på så sätt kunna göra förbättringar. Jag tycker att min undersökning visat på denna komplexitet, samtidigt har mina intervjupersoner uppvisat att de själva är medvetna om var bristerna finns och vad som kan förbättra samverkan dem emellan. Mycket handlar om ekonomi och resursbesparingar. Redan innan jag påbörjade c-uppsatsen var jag medveten om ekonomiska besparingar och hur dessa påverkar denna målgrupp negativt. Lagstiftningen innebär även en negativ begränsning. LSS-lagstiftningen (*lagen om särskilt stöd* se Appendix II) ger inte de psykiskt funktionshindrade rätt till stödåtgärder i form av meningsfull sysselsättning som andra grupper med funktionsnedsättningar har tillgång till. Detta är något jag inte gått in på i den här uppsatsen.

Jag anser att ett stort dilemma när det gäller samhälleligt stöd till de psykiskt funktionshindrade tycks vara systemets upplägg och själva ansvarsfördelningen. Kollektiv kompetens innebär att huvudmännen samverkar utifrån sina specifika kunskaper och kompetens. Medvetenheten om kompetensens roll och ansvarsfördelningen vad gäller insatser

och stöd kring de med psykiska funktionshinder är viktigt för att även kunna samverka på bästa sätt. Samverkan mellan kommun och landsting är lagfäst och det finns även ett nyligen påskrivet länsövergripande samverkansavtal som dokumenterar hur samverkan ska komma till stånd mellan huvudmännen. Bred kompetens krävs, men även kunskap om varandra och medvetenhet om hur samverkan kan skötas på bästa sätt för alla inblandade parter. Den medicinska behandlingen är nödvändig och här krävs landstingets kompetens medan socialförvaltningens kompetens råder angående socialt stöd, sysselsättning och boende. Just bredden samt att det handlar om två skilda verksamhetsfält är viktigt att ha i åtanke. Kompetensen finns för att förbättra villkoren för de psykiskt funktionshindrade men rent organisatoriskt verkar det finnas skäl till förbättringar både vad gäller kommunikationen dem emellan samt kunskapsspridning, men även på en högre nivå för att förankra styrdokument i den dagliga, praktiska verksamheten. Jag tycker att det är uppenbart liksom socialsekreteraren säger (se förordet) att det inte spelar någon roll hur många styrdokument det finns om de inte används samt att allting är öppet för tolkningar. Med skilda organisationer som har skilda målsättningar och olika ekonomiska prioriteringar blir detta ännu tydligare. Kommun och landsting har olika sätt att tänka och se på hur denna grupp kan få bästa möjliga hjälp. Det rör sig om olika organisationskulturer och skilda värderingar, men även i grunden olika organisationer. Just de organisatoriska begränsningarna i form av ständiga omstruktureringar och separat ekonomi tror jag är viktigt i ett samverkanssammanhang. Det går inte att samverka om inte de organisatoriska ramarna är uppsatta för att främja samverkan.

Mina resultat påvisar att de interpersonella kontakterna är viktiga när det gäller samverkan snarare än styrdokument. Just den personliga kommunikationen verkar vara central för att samverkan ska komma till stånd. Samtidigt är det ju så att *"Samverkan blir ju inte bättre än de personer som ska samverka"* som avdelningschefen uttryckt sig. I den här studien har jag kommit fram till att verksamhetsramar och regler inte är det verkliga hindret för samverkan utan intresse och vilja. Det finns olika perspektiv på vilka förutsättningar som krävs, men då samverkan inte är förankrat i verksamheten spelar det ingen roll att det finns styrdokument. Dessa hierarkiska och byråkratiska organisationer kräver klara, tydliga direktiv av ansvarsgränser samtidigt som de personliga kontakterna är centrala för samverkan. Den gemensamma viljan tycks även vara central i sammanhanget liksom personliga kontakter och interpersonell kommunikation mellan samverkansparterna. Ju lättare det är att söka kontakt och samarbeta i olika konstellationer, desto lättare blir det därför att genomföra psykiatrireformens intentioner och samverka på bästa sätt utifrån ett helhetsperspektiv med klienten/patienten i fokus.

## REFERENSER

- Aspers, Patrik (2007) *Etnografiska metoder: Att förstå och tolka samtiden*  
Malmö: Liber AB
- Borgå, Per (1997) *Vad är psykisk sjukdom, störning, ohälsa och psykiskt frisk?: Socialstyrelsen frågar de vetenskapliga råden*, Psykiatriutredningen 1997:20  
Stockholm : Socialstyrelsen
- Brusén, Peter och Hydén, Lars-Christer (red.) (2000) *Ett liv som andra Livsvillkor för personer med funktionshinder* Lund: Studentlitteratur
- Eriksson-Zetterquist och Ulla, Kalling, Thomas och Styhre, Alexander (2005) *Organisation och organisering* Malmö: Liber
- Forsner, Tord och Forsell, Yvonne (2006) *Samverkan Gemensam kompetensutveckling för socialtjänst och psykiatri med inriktning på personer med psykiskt funktionshinder*  
Stockholm: Centrum för folkhälsa, Epidemiologiska enheten, rapport 2006:5
- Hansson, Henrik (2003) *Kollektiv kompetens* Lund: Studentlitteratur
- Hydén, Lars-Christer (red. 2005) *Från psykiskt sjuk till psykiskt funktionshindrad*  
Lund: Studentlitteratur
- Lima, Christian (2007) *Kommunikation, organisation och ledarskap* Malmö: Liber
- May, Tim (2001) *Samhällsvetenskaplig forskning* Lund: Studentlitteratur
- Meeuwisse, Anna och Swärd, Hans och Eliasson-Lappalainen, Rosmari och Jacobsson, Katarina (Red. 2008) *Forskningsmetodik för socialvetare*  
Stockholm: Natur och kultur
- Nilsson, Ingvar och Wadeskog, Anders (1999) *Ju fler kockar desto bättre soppa. Att samverka kring psykiatrireformens klienter* Stockholm: Socialstyrelsen och SEE
- Printz, Anders (2001) *Psykiskt funktionshindrades ställning i samhället. En rätts-handbok*  
Göteborg: Norstedts Juridik AB
- Proposition 1993/94:218 *Psykiskt stördas villkor*
- Rapport 2006:3 från Nationell psykiatrisamordning *Långsiktighet, samordning och engagemang – en strategi för statlig styrning på psykiatrins område*  
Stockholm: Fritzes offentliga publikationer
- Samarbetsavtal (2009) *Samarbetsavtal avseende hälso- och sjukvårdsansvar mellan landstinget [län uteslutet pga anonymitetsskydd] och kommunerna i [län uteslutet pga anonymitetsskydd] 2009-01-01*
- Socialstyrelsen (2004) *Mellan två stolar, om samverkan mellan socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri, verksamheternas behov av samverkan och hur de faktiskt gör*  
Vällingby: Elanders Gotab

- Socialstyrelsen (2005) *Kommunernas insatser för personer med psykiska funktionshinder: Slutrapport från en nationell tillsyn 2002-2004* Vällingby: Elanders Gotab
- SOU 1992/93:73 *Välfärd och valfrihet – service, stöd och vård för psykiskt störda*  
Slutbetänkande av psykiatriutredningen Stockholm: Allmänna förlag
- SOU 2006:100 *Ambition och ansvar. Nationell strategi för utvecklingen av samhällets resurser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder*  
Slutbetänkande av Nationell Psykiatrisamordning Stockholm: Fritze
- Thurén, Torsten (2007) *Vetenskapsteori för nybörjare* Malmö: Liber AB
- Tranquist, Joakim (2001) *Samverkan med individen i fokus* Malmö: Arbetslivsinstitutet Syd
- Trygghetsfonden (2007) *Lyckas med samverkan – kommun, landsting och region*  
Stockholm: Trygghetsfonden för kommuner och landsting
- Vetenskapsrådet (2002) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning* Stockholm: Elanders Gotab
- Winzer, Regina (2004) *Betydelsen av fyra samtal, utvärdering av samtalsstöd för unga vuxna vid S:t Lukas* Karolinska Institutet, Institutionen för folkhälsovetenskap: Avdelningen för socialmedicin
- Wolvén, Lars-Erik (2000) *Att utveckla mänskliga resurser i organisationer – om ledarskap, organisering, kultur och kompetens* Lund: Studentlitteratur

### Internetkällor

- Jämtlandsläns landsting (2009) ”Psykosociala resursernas uppdrag i primärvården” (elektronisk) *Jämtlandsläns landstings hemsida* <<http://websesam.jll.se/diariet/files/6d4f67bf-5078-4719-9d23-683e30edecc4.pdf>> 2009-08-26
- Personligt ombud (2009) ”Personligt ombud - förslag till målgruppsdefinitioner och dess konsekvenser” (elektronisk) *Yrkesförening för personligt ombuds hemsida* <[http://www.ypos.se/index.php?option=com\\_content&task=view&id=88&Itemid=36](http://www.ypos.se/index.php?option=com_content&task=view&id=88&Itemid=36)> 2009-07-24
- Rättsnätet (2009) "Svensk rätt" (elektronisk) *Rättsnätet, Svensk lagstiftning* <<http://www.notisum.se/index.asp>> 2009-07-31
- Socialstyrelsen (2009) ”Terminologinytt” (elektronisk) *Socialstyrelsens hemsida* <[http://www.socialstyrelsen.se/Om\\_Sos/organisation/Epidemiologiskt\\_Centrum/Enheter/EKT/Terminologinytt.htm](http://www.socialstyrelsen.se/Om_Sos/organisation/Epidemiologiskt_Centrum/Enheter/EKT/Terminologinytt.htm)> 2009-07-24
- Wikipedia (2009) ”Definition av hälsa” (elektronisk) <<http://sv.wikipedia.org/wiki/H%C3%A4lsa>> 2009-07-24



## BEGREPPSDEFINITIONER

### *Psykiskt funktionshinder (se 2.2.1)*

**Psykisk funktionsnedsättning:** Enligt Socialstyrelsens hemsida (Socialstyrelsen 2009) ansågs funktionsnedsättning och funktionshinder tidigare vara synonyma termer, men nu har man fastslagit att de är två vitt skilda begrepp. Socialstyrelsens definierar funktionshinder som *”begränsning som en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till omgivningen”* medan funktionsnedsättning definieras som *”nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga”*.

**Psykisk störning:** Enligt Psykiatriutredningens slutbetänkande *Välfärd och valfrihet* (SOU 1992:73 s. 103) kan begreppet psykisk störning syfta på vitt skilda, varierade grader och typer av psykisk ohälsa. Enligt yrkesföreningen för personligt ombuds hemsida (Personligt ombud 2009) använder Nationell Psykiatrisamordning begreppet psykisk störning som ett samlingsbegrepp där alla psykiatriska diagnoser ingår: *”Erfarenhetsmässigt kommer gruppen att domineras av personer med någon psykossjukdom, personlighetsstörning eller något allvarligare affektivt syndrom. Även högfungerande personer (utan utvecklingsstörning) med ett neuropsykiatriskt tillstånd ingår. Samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och annan psykisk störning ingår, s k dubbeldiagnos”*. Här poängteras även att den psykiska störningen inte är nödvändig för att klassas som ett psykiskt funktionshinder.

**Psykisk sjukdom:** Enligt Socialstyrelsens rapport *Vad är psykisk sjukdom, störning, ohälsa och psykiskt frisk?* (Borgå 1997) innebär psykisk sjukdom *”en från normaliteten allvarlig psykisk avvikelse som kännetecknas av störd verklighetsprövning, där debuttidpunkten är fastställbar, som förorsakar allvarligt lidande hos den drabbade eller omgivningen och där tillståndet känns igen och accepteras inom den medicinska professionen”*. I Nationell psykiatrisamordning (promemoria 2006-03-26) beskrivs psykisk sjukdom som *”brister i det psykiska välbefinnandet som kan kännas igen och diagnostiseras utifrån symtom och klassificeras enligt ett diagnossystem, t.ex. ICD-10”*.

**Psykisk ohälsa:** Enligt WHO (Världshälsoorganisationen) är hälsa *”ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande”* (Wikipedia 2009). Winzer (2004) menar att det inte finns en enhetlig definition av psykisk ohälsa från myndigheternas sida, liksom att *”Psykisk ohälsa är ett övergripande och svårdefinierat begrepp, som inrymmer alla grader av psykisk ohälsa, från psykisk sjukdom och allvarlig psykisk störning, till brist på välbefinnande i psykiskt hänseende.”* Jämtlandsläns landsting (2009) menar att psykisk ohälsa kan vara allvarlig, men kan även röra sig om oro, ångest, ångslan och sömnbesvär.

### ***Samverkan (se 2.2.2)***

**Samordning:** Tranquist (2001) menar att samordning innebär *koordination* då båda parter kommunicerar med varandra och verkar för att underlätta för varandra samt förbättra effekterna de enskilda åtgärderna. Även Eriksson-Zetterquist, Kalling och Styhre (2005 sid. 52) menar att samordning innebär koordination av olika verksamheter inom ett företag ”*så att dessa harmoniserar med varandra*”.

**Samarbete:** En enkel definition av samarbete är att ”*arbeta tillsammans*”. Eriksson-Zetterquist, Kalling och Styhre (2005 sid. 10f) menar att: ”*När vi samarbetar måste vi även samordna eller koordinera våra handlingar och aktiviteter*”. Enligt Lima (2007 sid. 115) problematiserar samsarbetsbegreppet ”*möjligheterna att arbeta tillsammans*” där innebörden är förmer än samordning av aktiviteter. Utifrån denna definition är samarbete inte planering, organisatoriska rutiner samt sociala relationer utan den psykiska arbetsmiljön hamnar i fokus. Det som utmärker ”bra samarbete” är enligt Lima (2007) dels relationernas innehåll och dels relationernas kvalitet i gruppen.

## AKTUELLA LAGTEXTER

### Kommunallag (1991:900)

#### 1 kap. Indelning, medlemskap

##### Indelning i kommuner och landsting m.m.

1 § Sverige är indelat i kommuner och landsting.

Dessa sköter på demokratins och den kommunala självstyrelsens grund de angelägenheter som anges i denna lag eller i särskilda föreskrifter. Lag (2002:249).

---

### Socialtjänstlag (2001:453)

#### 1 kap. Socialtjänstens mål

1 § Samhällets socialtjänst skall på demokratins och solidaritetens grund främja människornas

- ekonomiska och sociala trygghet,
- jämlikhet i levnadsvillkor,
- aktiva deltagande i samhällslivet.

Socialtjänsten skall under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras sociala situation inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupper egna resurser.

Verksamheten skall bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet.

#### 2 kap. Kommunens ansvar

2 § Kommunen har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver.

Detta ansvar innebär ingen inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän.

#### 3 kap. Vissa uppgifter inom socialtjänsten, m.m.

1 § Till socialnämndens uppgifter hör att

- göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen,
- medverka i samhällsplaneringen och i samarbete med andra samhällsorgan, organisationer, föreningar och enskilda främja goda miljöer i kommunen,
- informera om socialtjänsten i kommunen,
- genom uppsökande verksamhet och på annat sätt främja förutsättningarna för goda levnadsförhållanden,
- svara för omsorg och service, upplysningar, råd, stöd och vård, ekonomisk hjälp och annat bistånd till familjer och enskilda som behöver det.

#### 4 kap. Rätten till bistånd

1 § Den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt.

Den enskilde skall genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Biståndet skall utformas så att det stärker hans eller hennes möjligheter att leva ett självständigt liv.

#### 5 kap. Särskilda bestämmelser för olika grupper

7 § Socialnämnden skall verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och

att leva som andra.

Socialnämnden skall medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och får bo på ett sätt som är anpassat efter hans eller hennes behov av särskilt stöd.

Kommunen skall inrätta bostäder med särskild service för dem som till följd av sådana svårigheter som avses i [första stycket](#) behöver ett sådant boende.

**8 §** Socialnämnden skall göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen för människor med fysiska och psykiska funktionshinder samt i sin uppsökande verksamhet upplysa om socialtjänstens verksamhet på dessa områden.

Kommunen skall planera sina insatser för människor med fysiska och psykiska funktionshinder. I planeringen skall kommunen samverka med landstinget samt andra samhällsorgan och organisationer.

---

## Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)

**2 §** Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården. Lag (1997:142).

### Landstingets ansvar

**3 §** Varje landsting skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Detsamma gäller dem som är kvarskrivna enligt [16 §](#) folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas inom landstinget. Även i övrigt skall landstinget verka för en god hälsa hos hela befolkningen. Vad som i denna lag sägs om landsting gäller också kommuner som inte ingår i ett landsting, i den mån inte annat följer av [17 §](#). Vad här sagts utgör inte hinder för annan att bedriva hälso- och sjukvård.

### Kommunens ansvar

**18 §** Varje kommun skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i [5 kap. 5 § andra stycket](#) eller [5 kap. 7 § tredje stycket](#) socialtjänstlagen (2001:453) eller som efter beslut av kommunen bor i sådan särskild boendeform som avses i [7 kap. 1 § första stycket 2](#) samma lag. Varje kommun skall även i samband med dagverksamhet, som omfattas av [3 kap. 6 § socialtjänstlagen](#), erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som vistas där.

En kommun får även i övrigt erbjuda dem som vistas i kommunen hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård).

Landstinget får till en kommun inom landstinget överlåta skyldigheten att erbjuda sådan vård, som sägs i [andra stycket](#), om landstinget och kommunen kommer överens om det. Överenskommelsen får avse även ansvar för förbrukningsartiklar som avses i [3 d §](#).

Kommunens ansvar enligt [första](#) och [tredje styckena](#) och kommunens befogenhet enligt [andra stycket](#) omfattar, med undantag för vad som anges i [26 d § tredje stycket](#), inte sådan hälso- och sjukvård som meddelas av läkare.

En kommun får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som kommunen ansvarar för enligt denna lag och skall därvid ange de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ. Lag (2006:493).

## **Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade**

### **Inledande bestämmelser**

**1 §** Denna lag innehåller bestämmelser om insatser för särskilt stöd och särskild service åt personer

1. med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd,
2. med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom, eller
3. med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service.

### **Verksamhetens mål och allmänna inriktning**

**5 §** Verksamhet enligt denna lag skall främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet för de personer som anges i [1 §](#). Målet skall vara att den enskilde får möjlighet att leva som andra.

### **Rätten till insatser**

**7 §** Personer som anges i [1 §](#) har rätt till insatser i form av särskilt stöd och särskild service enligt 9 § 1–9, om de behöver sådan hjälp i sin livsföring och om deras behov inte tillgodoses på annat sätt. Personer som anges i [1 §](#) 1 och 2 har, under samma förutsättningar, även rätt till insatser enligt 9 § 10.

Den enskilde skall genom insatserna tillförsäkras goda levnadsvillkor. Insatserna skall vara varaktiga och samordnade. De skall anpassas till mottagarens individuella behov samt utformas så att de är lätt tillgängliga för de personer som behöver dem och stärker deras förmåga att leva ett självständigt liv. Lag (2005:125).

### **Insatserna för särskilt stöd och särskild service**

**9 §** Insatserna för särskilt stöd och service är

1. rådgivning och annat personligt stöd som ställer krav på särskild kunskap om problem och livsbetingelser för människor med stora och varaktiga funktionshinder,
2. biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till skäligen kostnader för sådan assistans, till den del behovet av stöd inte täcks av beviljade assistanstimmar enligt lagen ([1993:389](#)) om assistansersättning,
3. ledsagarservice,
4. biträde av kontaktperson,
5. avlösarservice i hemmet,
6. korttidsvistelse utanför det egna hemmet,
7. korttidstillsyn för skolungdom över 12 år utanför det egna hemmet i anslutning till skoldagen samt under lov,
8. boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn eller ungdomar som behöver bo utanför föräldrahemmet,
9. bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna,
10. daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete och inte utbildar sig. Lag (1997:723).

### **Särskilda uppgifter för kommunen**

**15 §** Till kommunens uppgifter hör att

1. fortlöpande följa upp vilka som omfattas av lagen och vilka deras behov av stöd och service är,
2. verka för att personer som anges i [1 §](#) får sina behov tillgodosedda,
3. informera om mål och medel för verksamheten enligt denna lag,
4. medverka till att personer som anges i [1 §](#) får tillgång till arbete eller studier,
5. verka för att det allmänna fritids- och kulturutbudet blir tillgängligt för personer som anges i [1 §](#),
6. anmäla till överförmyndaren dels när en person som omfattas av [1 §](#) kan antas behöva förmyndare, förvaltare eller god man, dels när ett förmyndarskap, förvaltarskap eller godmanskap bör kunna upphöra, samt
7. samverka med organisationer som företräder människor med omfattande funktionshinder.

**Källa:** Rättsnätet (2009)

## **INTERVJUGUIDE**

### **Frågor till företrädare inom kommun respektive landsting**

#### **Bakgrundsfrågor:**

1. Vilken utbildning och erfarenhet har du?
  2. Hur länge har du varit anställd inom kommunen respektive landstinget?
  3. Hur länge har du haft din nuvarande befattning?
  4. Kan du kortfattat beskriva vilka arbetsuppgifter du har (när det gäller social psykiatri/psykiatri)? Vad innefattas arbetsuppgifterna av inom detta område?
- 

#### **Beskrivande frågor:**

1. Hur definierar du psykisk funktionsnedsättning, vad innebär det att vara psykiskt funktionshindrad? (Finns skillnader jämfört med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom? Ska det finnas en diagnos? Hur definieras särskilda behov? Vilka kriterier gäller?)
2. Kan du kortfattat beskriva vilka resurser som finns inom kommunen respektive landstinget när det gäller de psykiskt funktionshindrade? (de primära resurserna)

#### **Samverkan:**

3. Hur definierar du samverkan?
4. Vad är skillnaden, som du ser det, mellan samordning och samverkan?
5. Hur ser samverkan ut mellan kommun och landsting idag?
6. Vad innebär denna samverkan i praktiken när det gäller människor med ett psykiskt funktionshinder? (Beskriv hur det fungerar idag).
7. Hur anser du att samverkan mellan kommun och landsting fungerar i dagsläget?
8. Vilka insatser fungerar bra, respektive mindre bra?
9. Vad anser du styr denna samverkan? (som organisatoriska ramar, informell respektive formell kommunikation, personligt engagemang, något annat?)
10. Vad hindrar bättre samverkan?

**Brister och förtjänster:**

11. Vilka brister och förtjänster finns med det nuvarande systemet?
12. Vilka brister eller förtjänster finns med tanke på din egen organisation/ställning?
13. Vilka brister eller förtjänster finns med tanke på den andra organisationen (landsting respektive kommun)?
14. Hur påverkas verksamheten och i förlängningen brukarna av samverkan eller brist på samverkan?

*(OBS! Fråga 12-13 ej ställd till personligt ombud)*

**Kommunikation:**

15. Hur ser kommunikationen mellan kommun och landsting ut i dagsläget?
16. Vilken betydelse anser du att kommunikation har i ett samverkanssammanhang?
17. Anser du att ni pratar "samma språk" och kan förstå varandra? Vad saknas?
18. Med tanke på att många personer med psykiska funktionshinder "faller mellan stolarna" anser du att det krävs en samsyn inom detta område, eller är det bra att kunna se på problemet med olikfärgade glasögon?

**Förväntningar:**

19. Vad förväntar du dig av andra företrädare (antingen kommunal eller i landstingets regi) när det gäller samverkan av insatser?
20. Vilka förväntningar upplever du att den andra parten har på dig och din organisation?

**Prioriteringar:**

21. Hur skulle du beskriva prioriteringsordningen när det gäller samverkan mellan de olika psykiatriska insatserna? Har du någon uppfattning om detta? Vad ges företräde?
22. Vad klassas/rangordnas som viktigast eller mindre viktigt utifrån ditt perspektiv med tanke på din verksamhet/ställning?

**Idealtillstånd:**

23. Vad tror du om framtidens psykiatri i kommunen?
24. Hur skulle idealtillståndet (dina önskningar och tankar) vara det gäller samverkan mellan kommun och landsting för att få till stånd bästa möjliga vård för brukarna?
25. Vad saknas idag? Vad skulle kunna förbättras? Är det något mer du vill tillägga?



**MUNTLLIG INFORMATION TILL INTERVJUPERSONERNA**

- Presentation av studien: Min c-uppsats handlar om samverkan mellan kommun och landsting när det gäller psykiskt funktionshindrade. Syftet med den här studien är att beskriva och analysera det psykiatriska arbetet mellan kommun och landsting med fokus på samverkan. Målet med studien är att nå en djupare förståelse för hur organisatoriska prioriteringar görs när det gäller samverkan mellan kommun och landsting samt vilka villkor som styr denna process inom det psykiatriska verksamhetsområdet med tanke på de psykiskt funktionshindrade.
- Jag skickar gärna ut en kopia till dig när den är klar via e-post, skolan trycker endast upp ett begränsat antal.
- Jag skulle gärna vilja använda bandspelare, jag hoppas att det går bra. Den enda som kommer att lyssna på vår intervju är jag då jag skriver ut materialet för att sedan kunna använda det för att göra analyser. Materialet kommer att skrivas ut ordagrant (talspråk). Om du vill kan jag skicka ut en sammanställning av intervjun när jag skrivit ut den eller om du vill godkänna direkta citat.
- Har du några frågor till mig innan vi börjar?
- Jag har först några bakgrundsfrågor som jag vill ha svar på kortfattat. Sedan är de följande frågorna utformade utifrån olika teman. Så hoppas jag att vi kan hålla oss inom tidsramen på en timme!