

”Det krävs två för att dansa tango”

En kvalitativ studie om samverkande resurser mellan
Socialpsykiatri och Psykiatri

Av
Maria Jäderberg

Lunds Universitet
Socialhögskolan
SOPA 63
Vt-2010



Handledare: Anders P Lundberg

Abstract

Title: "It takes two to tango" - A qualitative study of collaborative resources between Social psychiatry and Psychiatry. Supervisor: Anders P Lundberg. Assessor: Christina Erneling.

The psychiatry reform was introduced 15 years ago. There was a vision to remove the institutions in order to give the client an opportunity of normalization by receiving care at home and participate in society by means of support. Before the psychiatry had the whole responsibility but will now be shared with the municipalities. This requires collaboration between the departments to achieve the objectives of reform. The reform has been tackled in different ways in different municipalities because they are different from each other and have their own methods of working with each psychiatric institutions. The purpose of this essay was to explore interaction between psychiatry and social psychiatry through a organization theoretical perspective of new institutional analysis, which explains how professionals within the organizations are controlled by the parent institutions. In this case, there are two different organizations (social psychiatry and psychiatry), belonging to different principals who control them differently. But, despite this, the organizations must be able to cooperate. Through interviews and recent research, I was able to identify various factors that are important for the interaction to function. A leadership that can steer their employees to achieve synergy between the organizations, but also leaders who can interact with leaders in other organizations.

Keywords: *psychiatry, social psychiatry, collaboration, new institutional analysis, Social Sciences.*

Innehållsförteckning

FÖRORD

1. INLEDNING.....	6
1.1 Problemformulering.....	6
1.2 Syfte.....	7
1.3 Frågeställningar.....	7
1.4 Avgränsningar.....	7
1.5 Begreppsdefinitioner.....	8
2. METOD.....	9
2.1 Urval.....	9
2.2 Val av metod.....	9
2.3 Tillvägagångssätt.....	10
2.3.1 Genomförande intervjuer.....	10
2.4 Validitet och reliabilitet.....	11
2.5 Förförståelse.....	12
2.6 Forskningsetiska överväganden.....	13
2.7 Litteratursökning.....	13
3. BAKGRUND.....	14
3.1 Psykiatrisk vård utifrån ett historiskt perspektiv.....	14
3.2 Psykiatrireformen.....	15
3.3 Förhållandet mellan Landsting och Kommun.....	16
3.4 I vilka avseenden kan samverkan bli bättre?.....	16
3.5 En beskrivning från professionella om samverkan.....	17
3.6 Gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.....	18
4. TIDIGARE FORSKNING.....	19
4.1 Samverkan mellan socialpsykiatri och psykiatri.....	19
4.2 Åtgärder för samverkan vid psykiatrireformens början.....	20

5. TEORI.....	22
5.1 Institutionell organisation.....	23
5.1.2 Nyinstitutionell analys.....	23
5.2 Personliga, intresse- och värdekonflikter.....	25
5.3 Det egna och det gränsöverskridande ansvaret mellan organisationer.....	25
5.4 Perspektiv på ledarskap.....	26
5.5 Resurser.....	27
5.6 Samverkan.....	27
6. RESULTAT OCH ANALYS.....	28
6.1 Presentation av respondenterna.....	28
6.2 Hur fungerar samverkan mellan socialpsykiatri och psykiatri?.....	29
6.3 I vilka avseenden kan samverkan bli bättre?.....	32
6.4 Vilka faktorer styr samverkan?.....	34
7. SAMMANFATTNING.....	36
8. AVSLUTANDE DISKUSSION.....	38

Bilaga 1 - Introduktionsbrev

Bilaga 2 - Intervjuguide

FÖRORD

Jag vill inleda det här arbetet med att visa min tacksamhet till personer som har hjälpt mig under mitt arbete med denna uppsats. Jag vill först tacka mina respondenter, som så vänligt gav sin tid för mig. Sedan ett stort tack till min handledare Anders P Lundberg, för att du både har trott på mig och visat mig stöd under arbetets gång. Jag vill även tacka kurskamrater, som gett mig mer energi, än vad de kan ana. Sist, men inte minst, vill jag tacka min käraste pappa som har peppat och hjälpt mig både i vått o torrt.

Tack alla!

Helsingborg 2011-01-02

Maria Jäderberg

1. INLEDNING

Under höstterminen år 2009 hade jag min praktik hos både boendestödet och handläggare inom socialpsykiatri. Även om båda organisationerna arbetade med stor effektivitet och strävade mot sina mål, upplevde jag att det finns brister avseende professionernas samverkan emellan. Här menar jag att man är fokuserad på sitt ansvarsområde och inte riktigt ”orkar” medverka till bra helhetslösningar. Detsamma verkade gälla i gränsskiktet mellan psykiatri och socialpsykiatri, då psykiatri fokuserar på sitt ansvarsområde och socialpsykiatri på sitt. Men tanken är att de tillsammans ska utgöra ett ”team”, där de skall samverka med varandra i syfte att åstadkomma bra lösningar för klienten.

Efter praktiken fick jag chans till att arbeta hos socialsekreterarna under två månader av sommaren. Min bild kring deras sätt att samverka med psykiatri ändrades avsevärt. Det visade sig att de hade god samverkan mellan varandra. Men tyvärr skiljer sig möjligheterna och sättet att samverka inom olika kommuner åt. Dvs. i en kommun kan samverkan med psykiatri hanteras på ett sätt och i en annan kommun på annat sätt.

1.1 Problemformulering

Det är nu 15 år sedan psykiatireformen infördes. Det fanns framförallt två skäl till varför man införde reformen. Det ena var att det skulle bli bättre för klienten, som skulle bli mer ”fri” och slippa institutioner samt om möjligt få vård i hemmet. Det andra var ekonomiska skäl då detta skulle medföra mindre kostnader för samhället. Man ville spara pengar genom att minska det kollektiva boendet och låta fler klienter bo hemma. Det sistnämnda har dock inte fungerat som tänkt. Det kostar fortfarande mycket pengar även om vården utförs hemma och det tvistas mycket om det är kommun eller landsting som ska betala. Ofta leder detta till att klienten drabbas negativt då denne mer eller mindre ”faller mellan stolarna”. Därför tydliggjorde man socialpsykiatri och psykiatri ansvarsområden. Psykiatri och socialtjänsten skall erbjuda vård och service till målgruppen, vars hjälpbehov kan vara mycket olika. Målgruppen har ett historiskt perspektiv. När psykiatireformen infördes var målgruppen klienter som hade psykoser och schizofreni. Idag är gruppen bredare och med andra diagnoser, som sätter hinder i vardagslivet. Generellt så rör det sig om människor som

har mer eller mindre svårt för att klara av det dagliga livet. Socialtjänsten skall stödja med boende, sysselsättning och arbeta för ett aktivt vardagsliv och därmed förbättra klientens möjligheter för en integrering i samhället. Psykiatrins ansvar är att ge medicinsk vård, behandling för svåra psykiska störningar samt förebygga psykisk ohälsa. Det är således av stor vikt att socialtjänst och psykiatri samarbetar och tillsammans skapar förutsättningar för klientens möjligheter till att leva ett så ” normalt ” liv som möjligt. Ett annat sätt att se det på är att psykiatrin skall ta hand om det ”sjuka” medan socialpsykiatrin skall ta hand om det ”friska”. (Hydén 2005 s. 91).

1.2 Syfte

Syftet är att belysa och undersöka exempel av hur samverkan mellan psykiatri och socialpsykiatri hanteras i Stockholmsområdet.

1.3 Frågeställningar

Utifrån problemformuleringen och mitt syfte, vill jag undersöka frågeställningar som:

- **Hur fungerar samverkan mellan socialpsykiatrin och psykiatrin?**
- **Vilka faktorer styr samverkan?**
- **I vilka avseenden kan samverkan bli bättre?**

Frågeställningarna ställs för att se hur två professioner ser på egna uppgifter och samverkan med andra.

1.4 Avgränsningar

Jag hade som mål att avgränsa mitt urval genom att intervjua psykiatri- och socialtjänst i ett större län. Jag hade för avsikt att intervjua sammanlagt sex anställda ifrån både psykiatri och socialpsykiatrin, varav tre olika tillhörighetskommuner. Tyvärr visade det sig vara svårt i praktiken, då särskilt psykiatrin var svår att få kontakt med (både via telefon och e-post). Istället fick jag ihop två intervjuer med biståndshandläggare och två intervjuer med enhetschefer inom socialpsykiatrin samt en intervju med en kurator ifrån psykiatrin. Man

skulle kunna spekulera över varför psykiatrin har varit svåra att nå för mig som student, men i den här studien görs inte det. Jag kommer inte att intervjua klienter av etiska skäl.

1.5 Begreppsdefinitioner

Psykisk sjukdom, är och har länge varit ett begrepp, som har förändrat sin innebörd genom tiderna. För att beskriva målgruppen har man tidigare använt begrepp som; psykiskt störda, psykiskt långtidssjuka, långvarigt psykiskt störda, allvarligt psykiskt störda, psykisk funktionshinder, psykiskt handikappade, psykiskt sjuka. Det har varit svårt att finna ett begrepp som i vid bemärkelse beskriver en psykisk sjukdom. Tidigare har man valt att välja begrepp som indikerar på den medicinska psykiatrins förståelse av psykisk sjukdom. Men idag, vill man släppa känslan av att stigmatisera människor till att vara något så starkt som ex. psykiskt störd. Det finns människor som har psykiska funktionshinder, men trots dessa inte har problem att fungera som en "frisk" människa i samhället. Man vill också använda ett brett begrepp för att inte låta klienter med automatik tillhöra en viss målgrupp, som vidare skall berättigas bl.a. ekonomiskt bistånd (sjukpenning) eller eventuell vård. (Lindqvist, 2007, s. 163-170). Rafael Lindqvist tar upp i sin bok en definition av målgruppen från Nationell psykiatrisamordning (SOU 2006:5, s. 6).

"En person har ett psykiskt funktionshinder om han eller hon har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden och dessa begränsningar har funnits eller kan antas komma att bestå under en längre tid. Svårigheterna ska vara en konsekvens av psykisk störning".

Jag kommer inte i den här studien att fokusera på vad och hur psykisk sjukdom innebär för klienten. Studien hanterar frågor om professionellas sätt att samverka mellan två huvudmän som arbetar för människor med psykisk ohälsa.

Klient, kan översättas till "skyddsling", "vasall", "kund" (hos en läkare eller advokat). (Norstedts, 1992) Inom socialpsykiatri kallas en person som söker stöd ifrån deras organisation för "klient" och hos psykiatrin kallas de för patient. I denna studie kommer klient att användas för att beskriva personen från båda organisationerna.

Organisation, består av fler personer som har gemensamma mål. Samspelet mellan anställda inom en organisation påverkas av en rad olika faktorer. När en samverkan ska finnas mellan

olika organisationer, är det en ännu större komplexitet att hantera. (Bolman & Deal, 2006).

Samverkan, kan förknippas många gånger med ord som samarbete, samordning eller integration. (Axelsson & Axelsson, 2007 s. 13) I denna studien handlar det om att framhäva hur två grupper ska kunna mellan varandra samarbeta och integrera, mot ett gemensamt mål som finns mellan varandra.

Psykiatri, drivs av landstinget och arbetar med människor med psykiska funktionshinder.

Socialpsykiatri, är den enhet som drivs av socialtjänsten och arbetar för människor med psykosocial problematik. Enheten skapades år 1995, då psykiatireformen aktualiserades. De skall arbeta i samverkan med psykiatri, för att hjälpa målgruppen till en lättare integrering in i samhället igen.

2. METOD

2.1 Urval

Jag har fokuserat på att främst få kunskap om hur samverkan mellan psykiatri och socialpsykiatri fungerar idag, vad kan bli bättre och vilka faktorer som styr samverkan? Dessa är också mina frågeställningar, som jag genom studien vill ha svar på.

För att få kunskap om hur samverkan fungerar mellan socialpsykiatrin och psykiatrin, avsåg jag att intervjua anställda från båda verksamheterna i tre olika kommuner. Det blev dock svårt att nå så många inom psykiatrin.

Urvalet har gjorts relativt slumpmässigt genom att ett stort antal förfrågningar gjordes via e-post. Härigenom fick jag sammanlagt fem svar, som tackat ”ja” (fyra ifrån socialpsykiatrin och en ifrån psykiatrin). Av de fem respondenterna är fyra socionomer medan den femte har en gedigen erfarenhet efter många yrkesverksamma år.

2.2 Val av metod

Med hjälp av tematiska semistrukturerade intervjuer vill jag låta socialpsykiatrin och psykiatrin svara på frågor om hur de tycker att deras samverkan ter sig. Jag har använt mig av

bandspelare som hjälpmedel, givetvis efter att intervjupersonerna har godkänt detta.

Min metod bygger på semistrukturerade intervjuer, vilket tillåter mig att ha med strukturerade frågor (en intervjuguide). Den här intervjuguiden består av förberedda frågor, som jag kan ha med mig vid intervjutillfället. Det ger mig möjlighet att utveckla frågor spontant från de svar man möter under samtalet. (May, 2010, s.150) Min intervjuguide som jag förberedde före alla intervjuer, bygger på mestadels öppna frågor till respondenten. Detta för att få honom/henne att ge längre svar, än vad slutna frågor gör (*Ibid.*).

2.3 Tillvägagångssätt

Efter att jag hade skapat min intervjuguide, fått råd och tips av min handledare, skickade jag iväg min förfrågan om en intervju till alla stadsdelförvaltningar samt till en stor del av psykiatrin i Stockholm. Till psykiatrin var det dock svårt att hitta rätt e-postadress, därför fick jag försöka nå dem per telefon. Men det visade sig fortfarande inte vara så enkelt att nå dem eller få en tid för intervju. Detta ledde till att jag fick ett bortfall i min empiri, vilket kan påverka studien negativt. Men å andra sidan är mitt mål att få kännedom utifrån den anställdas perspektiv, hur han/hon upplever att verksamheterna fungerar mellan varandra. Min intention var alltså inte att få fram resultat som ska tala om hur det ser ut i hela Sverige eller i en stad. Endast att få kännedom, från ett slumpmässigt urval, av anställdas åsikter. Tyngden har istället lagts på bakgrund, tidigare forskning, exempel ifrån empirin över hur det kan se ut ifrån dessa och teorin.

2.3.1 Genomförande av intervjuer

När jag genomförde intervjuerna utgick jag från min intervjuguide, men också genom spontana fördjupade frågor. Ingen intervju var den andra lik och sammanfattningsvis har intervjuerna gett mig intressant kunskap. Det som kändes svårt under intervjuerna, var att fokusera på frågorna. Det blev lätt att man hamnade utanför den aktuella frågan och det kändes svårt att stoppa ”onödiga diskussioner” och styra samtalet dit man ville. Detta förklarar varför jag senare fick transkribera och analysera fem intervjuer med omfång av ca 100 sidor.

2.4 Validitet och reliabilitet

För att en studie skall vara tillförlitlig, måste jag värdera aspekter som validitet och reliabilitet. Validitet innebär att jag har med min studie mätt det jag avser att studera och reliabilitet innebär att svaren ska vara tydliga och upprepbara. Andra som vill forska inom samma ämne som jag, ska i princip kunna få samma resultat. (May, 2010 s.97-98).

Jag har spelat in alla intervjuer på band med syftet att kunna granska effektivare, försökt så gott som möjligt att inte låta egna värderingar få styra svaren och inte missa någon viktig information, därför tror jag att det här sättet har ökat chansen till att nå tillförlitliga svar ifrån respondenterna. Men de är i sin tur inte upprepbara, eftersom svaren är personligt bundna till respondenten och samverkansfrågan kan ha blivit åt både det bättre eller sämre hållet.

De frågeställningarna jag har kunde egentligen lika gärna ha handlat om samverkan generellt mellan organisationer och inte specifikt socialpsykiatri och psykiatri. Det jag vill ha sagt är att jag inte tror att organisationer som ska samverka behöver något annat än vad psykiatri och socialpsykiatri visar sig behöva. Organisationer behöver mer eller mindre av olika delar som alla organisationer behöver generellt för att överleva och fungera, som organisation.

Ämnet som jag har valt att studera, har dock gett mig begränsningar då det faktiskt krävs fler samt längre studier för att få mer djup kring problemområdet. (Meeuwisse et al. 2005, s.146).

Tillförlitligheten med den här studien är onekligen svår att bedöma. Möjligtvis kan berörda personers medverkan vara något som ökar tillförlitligheten - som att flera ögon har granskat mitt material. Med hjälp av min handledare har jag under arbetets gång, fått resonera kring olika tillvägagångssätt för att uppnå en god studie. Min handledare har jag haft kontakt med via telefon och e-post, då jag själv har bott på annan ort. Senare kom sommaren och jag fortsatte med mitt examensarbete självständigt samtidigt som jag sommararbetade inom socialpsykiatrin. Under den tiden fick jag mycket hjälp av anställda inom socialpsykiatrin, psykiatrin och kurskamrater samt min kära far som hjälpt mig att korrigera mitt arbete. Genom hänvisad litteratur i referenslistan ska man själv kunna undersöka och läsa det jag har använt mig av till uppsatsen, vilket också skulle kunna öka tillförlitligheten. Litteraturen är till stor del tillförlitlig, då många delar är refererade från avhandlingar och viktiga rapporter.

Om studien har en god reliabilitet är också mycket svårt att svara på. Det skulle krävas att andra, som vill studera exakt samma studie och utföra de metoder som jag har använt mig av, skulle få samma resultat. Exakt detsamma resultat kommer inte vara möjlig att återta, heller inte exakt densamma intervju, eller läsning av text. Även om det skulle vara en närliggande tid efter min studie, samma intervjupersoner, samma litteratur så utgörs studien av subjektiva åsikter (av intervjupersoner) och är kontextberoende (beroende av dess sammanhang). Samtidigt borde även forskarens egna synsätt vara av intresse och skulle kunna räknas in för en god reliabilitet och validitet. Alltså hur man resonerar och reflekterar kring sin data.

Intervjuerna har transkriberats i princip ordagrant. Med ”i princip” menar jag att jag inte har transkriberat när respondenten har pratat om sitt privatliv (detta för att respektera min respondent och för att det inte ansetts relevant att transkribera). Man skall kunna lyssna på de intervjuer jag har gjort, om man har mycket goda skäl till att göra det. Annars har jag lovat respondenterna att kassera banden vid helt avslutad studie efter examinatorns godkännande.

2.5 Förförståelse

Jag har haft min praktik inom socialpsykiatri hos socialsekreterare och boendestödare. Efter praktiken blev jag dessutom erbjuden att arbeta som socialsekreterare under två månaders tid, som jag tackade ”ja” till. Detta har vidare gett mig mycket kunskap om olika psykosociala tillstånd, socialtjänstens insatser, lite insikt vad psykiatri arbetar för och en liten inblick över hur det kan fungera i praktiken att samverka mellan dessa två instanser. Därför kan man se det som att jag har både kunskaper i det praktiska samt teoretiska och givetvis kan detta innebära en förförståelse. Både till sin fördel samt nackdel för studiens genomförande.

Under min praktik blev jag mer insatt i uppdragstagarens arbete ute på fältet och under min anställning fick jag aldrig på djupet möta, hur samverkan mellan professionerna i sig fungerade. Inte mer än på ett ytligt plan. I och med detta tror jag inte att det kommer att styra mitt sätt att ta in information, eftersom jag inte är fullfjädrad kring områdena (ifrån varken psykiatri eller socialtjänst). Jag har dock försökt att vara så objektiv som möjligt.

2.6 Forskningsetiska överväganden

Jag har reflekterat kring etiska överväganden. Jag kommer inte att nämna exakt vilken kommun jag kommer att intervjua. Dock kommer alla kommunerna skiljas storleksmässigt ifrån varandra. Med andra ord skall mina insamlade data anonymiseras och avidentifieras noggrant (Vetenskapsrådet 2002, sid.14).

Alla som blivit intervjuade har informerats om vad undersökningen går ut på innan vi träffades och även gett samtycke till detta. D.v.s. det som kallas för informationskravet och samtyckeskravet har uppfyllts. Jag kommer inte att fråga om något som får dem att känna sig obekväma, utan de skall som sagt ha blivit välinformerade om mitt syfte för intervjun. De skall även kunna få lov att avbryta eller avstå från intervjuerna/frågorna om de vill eller upplever någon fråga som opassande (*Ibid.*).

Jag kommer att skriva ut intervjuerna relativt ordagrant. Alla de som kommer att intervjuas har blivit väl informerade om att deras deltagande är givetvis frivilligt och endast för forskandets syfte. Slutligen har jag övervägt mitt empiriska resultat, om det finns något som jag har valt att framställa och som kan innebära någon typ av negativ risk för de intervjuade. Ingen kommer att få tillstånd att utnyttja materialet utan att värdera huruvida det kan innebära risker (Nyttjandekravet). Jag kommer heller inte nämna några namn eller spela upp inspelat material ifrån intervjuerna, inte utan de deltagandes godkännande (*Ibid.*).

2.7 Litteratursökning

Mina källor har jag hittat genom att söka på Google Scholar, Libris, SocINDEX, ELIN@Lund och SwePub. Mina sökord för att nå relevant information har varit: ”Samverkan”, ”ledarskap”, ”organisationskultur”, ”socialpsykiatri”, ”psykiatri”, ”interaction”, ”leadership”, ”organizational culture”, ”social psychiatry”, ”psychiatry”. Jag har fått en hel del viktiga referenser ifrån dessa, men inspirerats av andra avhandlingars litteraturreferenser. Sammanfattningsvis är jag nöjd med de källor jag haft till hands. Flera viktiga avhandlingar och rapporter ifrån tidigare forskning finns med.

3. BAKGRUND

3.1 Psykiatrisk vård utifrån ett historiskt perspektiv

Under 1600-1700-talen såg man på människor med psykiska funktionsnedsättningar som de "vansinniga". De behandlades som djur och ofta även med våld för att tämjas. Det var senare under upplysningstiden och franska revolutionen som man förändrade sin syn kring de vansinniga och arbetade mer efter att öka patienternas självkontroll och självkänsla. (Bülov 2004, s.30-31). Filosofen John Locke, framförde tesen: att människosjälens vid födseln är som en oskriven tavla. Och att det är i takt med de erfarenheter som hon/han samlar på sig, som människan utvecklas och blir den som han/hon just nu är (en utvecklingsprocess). (Flygare 1999, s. 71). Under 1800-talet hade upplysningsfilosofins människosyn satt sina spår. Läkare fick ett mer intresse för patienterna, det utvecklades ett mer humanitärt sätt att se kring vansinnet. Och man såg heller inte att livet på anstalterna kunde ses som något sunt. I Sverige har man sedan 1800-talet inom psykiatrin haft ett biologisk och deterministiskt tänkande, som menas att man ärver dåliga anlag och därmed blir den man är (*Ibid.*).

I Sverige fick fransmannen Morels teorier stark inverkan. Han menar att man ärver goda som dåliga anlag efter våra föräldrar och släktingar. Under 1900-talets början talades mycket om mänsklighetens försämring som ett hot inom det svenska samhället. Det psykiatriska arbetet blev att skydda folksamhället ifrån de människor som kunde anses som ett hot. Därför blev mentalsjukhusens uppgift att inte bara behandla utan också förhindra viss förökning bland dåliga släkters gener. Detta var något som Herman Lundborg, som grundade svenska rasinstitutet år 1922, talade för. (Bülov 2004, s. 47-48). Åren 1920 och 1923 kom två överläkare, Josef Lundahl och Ernst Göransson, med studier som hade inspiration ifrån länder som Frankrike och USA. De framförde idéer om öppnare vårdformer, att bli intagen genom frivillighet, få vård samt ett socialt stöd. Man ansåg att intagningen i nuläget var alltför stigmatiserande i Sverige, eftersom man inte kunde bli frivilligt intagen. Att det inte fanns vårdformer av lättare psykiska funktionshinder. Dessa idéer tog tid att verkställa i Sverige, först 1927 på Malmö Allmänna Sjukhus startade man den första psykiatriska enheten på ett somatiskt sjukhus. Och det var i Linköping år 1948 som den första landstingsstyrda psykiatriska kliniken startades. Dessa patienter kom till dessa kliniker utifrån sjukvårdslagen och inte sinnelagstiftningen som tillämpades av mentalsjukhusen. Sjukvårdslagen skulle egentligen betecknas som en lag för all sjukvård. Men sjukvårdslagen medförde inte att antalet vårdplatser på mentalsjukhusen minskades, som man hade avsett. Först år 1966

upphörde sinnelagstiftningen och ersattes helt av sjukvårdslagen. De patienter som inte hade blivit frivilligt intagna, styrdes utifrån en tilläggslag som hette “lag om beredande av psykiatrisk vård i vissa fall” (LSPV) (Ibid.). Så sent som 1960- och 70-talet började man titta kritiskt på institutionerna och psykiatrin. Socialtjänstens roll, under samma tid, var heller inte tillräckligt tydlig. Antalet vårdplatser på mentalsjukhus minskade något under den här tiden. Efter år 1973 minskades antalet vårdplatser på mentalsjukhusen och man började utreda hela sjukvårdens struktur och satsa på öppnare vårdformer (Ibid.). År 1995 aktualiserades psykiatrireformen och man tog bort en del av psykiatrins ansvar som överlämnades till socialtjänsten. Under psykiatrireformen förtydligade man främst socialtjänstens ansvar, avseende människor med psykosocial problematik. (Engmark 2008, s. 2). I mitten av 1960-talet fanns det 35.000 - 40.000 platser i psykiatrisk heldygnsvård, jämfört med idag då det finns ca. 5000 platser kvar. (Socialstyrelsen 1978, s.11)

3.2 PSYKIATRIREFORMEN

Startpunkten av psykiatrireformen byggdes på undersökningar ifrån Statistiska centralbyrån år 1988/1989. Man insåg då att de psykiskt stördas situation och levnadsvillkor låg långt under den svenska normalpopulationens. Dessutom hade människor med psykiska funktionshinder lägre status jämfört med dem som hade fysiska funktionshinder. Det ledde till att riksdagen i maj år 1989 startade en utredning, i syfte att ge förslag till åtgärder för att minska ojämlikheten. År 1990 blev utredningen en parlamentarisk kommitté som skulle svara på frågor om service, stöd och vård till psykiskt störda. Kommittén presenterade sitt resultat år 1992 som fick namnet “valfrihet och välfärd”. Resultatet visade att psykiskt stördas sociala stöd såsom bostäder, rehabilitering och sysselsättning inte fanns tillgängligt på ett tillfredställande sätt. Detta ledde till psykiatrireformen, som kom till stånd den 1 januari 1995. Därmed förstärktes socialtjänstens ansvar att fokusera sina insatser på målgruppen med att ge stöd i boende, sysselsättning och ett tillfredställande vardagsliv, utifrån klientens behov. Detta för att öka integreringen av denna målgrupp till samhället. (Bülov 2004, s. 53-54). Vidare framhövdes vikten av samverkan mellan kommun och landsting för att nå reformens intentioner. För att göra detta möjligt för både landsting och kommun, gav staten medel till 900 samarbetsprojekt. Man överförde också 4000 patienter till socialtjänsten ifrån psykiatrins vårdorganisation och 15 % av psykiatrins budget (ibid.).

För att man ska kunna veta ifall psykiatri och socialtjänst nu ger en bättre vård efter

psykiatrireformen, är det viktigt att se hur dessa två instanser klarar av att samarbeta och bemöta klienters behov av vård, stöd och service. Tidigare fick klienter sina behov hanterade av en och samma organisation, men nu ligger ansvaret på två olika organisationer (*Ibid.*).

3.3 Förhållandet mellan Landsting och Kommun

Socialpsykiatri tillhör kommunen medan psykiatri tillhör landstinget. På Stockholms läns landstings hemsida kan man läsa ur deras senaste rapport över budget, direktiv och planering för år 2011-2012. När det gäller den hälsofrämjande och de sjukdomsförebyggande insatserna, framhävs planering för att skapa långsiktiga och effektiva ingripanden för att nå en bättre hälsa. För att detta skall uppnås, står det också i deras rapport, att man även skall fokusera på samverkan med kommuner och andra aktörer, bland annat för att nå förbättringar kring livsstilsfrågor och fortsätta prioritera insatser mot psykisk ohälsa. Under "viktiga frågeställningar" i budgetdirektiven framgår att man skall fortsätta förnya och tillgängliggöra psykiatriområdet och att mer evidensbaserade behandlingar skall fortsätta. Ordet "samordning" står i direktiven, för att höja kvaliteten och standardiseringen. Man framhäver också att hälso- och sjukvården står inför stora utmaningar i framtiden och behöver tillföras nya kompetenser, vilket skall ha hög prioritet inom alla verksamheter.

Om man vidare tittar på Stockholms kommun hemsida redovisas mål och riktlinjer, där man anger ett starkt decentraliserat ansvar för beslut etc. till lokala enheter såsom stadsdelförvaltningar samt till fackförvaltningar och kommunala bolag. Detta innebär att stadsdelförvaltningen har eget ansvar att fatta beslut, när det gäller samverkan tillsammans med landstingets psykiatri. Det betyder också att varje stadsdel kan ha olika mål och prioriteringar, beroende hur invånarnas behov ser ut samt har kommunens ekonomiska resurser fördelas. (Stockholms stad, 2010).

3.4 I vilka avseenden kan samverkan bli bättre?

"Hälsan" dvs. människans mående, är både landstingens och kommunernas ansvar. Det finns många faktorer som kan komma och påverka människors hälsa negativt. För att få ett bredare och mer effektivt fokus på den enskilde, så är det viktigt att ett omfattande samarbete med andra samhällsorgan förbättras. Pehrsson (2003) skriver att det finns ingen lag som säger att landsting resp. kommuner har någon rätt att bestämma vad andra instanser ska göra. De måste

försöka utveckla och sprida sina kunskaper på ett sådant sätt att andra berörda instanser påverkas till viss förändring. (Pehrsson, 2003 sid. 19.) Detta gäller även mellan kommuner och landsting, dvs. mellan socialpsykiatri och psykiatri.

Det som kan orsaka problem med denna samverkan, är organisationernas delade synsätt, kring sin egen organisation jämfört med den andra. Anställda som är, utifrån organisationen, uppdelade i olika hierarkiska positioner och har svårt att se hur det ser ut uppifrån som nerifrån. Politiker som för ner krav på bättre samverkansfaktorer, men i det praktiska handlande är orealistiskt att genomföra. Och vanligast visar det här fenomenet tydligast vid diskussioner om vilken huvudman som ska betala för vad, gällande olika insatser. Vilket i sin tur, som inte är ovanligt, kan påverka klienten. Det händer att klienter kommer i ”kläm” mellan landsting och kommun, där båda sidor tvistar och ingen är beredd att ta på sig ansvaret med betalning (*Ibid.*).

3.5 En beskrivning från professionella om samverkan

För att bäst kunna förstå hur socialpsykiatri och psykiatri möts för samverkan, har jag sammanställt information ifrån psykiatri och socialpsykiatri för att kunna beskriva hur det kan ske när dessa två enheter möts. Inlägget känns relevant här, då det är bra att ha med sig den inblicken under fortsatt läsning av studien.

Klienter, som har insatser, har kontakt med psykiatrien dvs. en öppenvårdskontakt. Den får oftast sina klienter genom att klienterna har varit på sjukhus och man upptäcker att den här personen behöver insatser. Sjukhuset kontaktar socialpsykiatrien som efter klientens godkännande redovisar klientens behov av insatser. Därefter bokas tid för en vårdplanering. Biståndshandläggare, läkare, behandlingsansvariga, kontaktperson, möjligen anhörig och klienten (om klienten är i tillräckligt skick för att delta) samlas för att skriva en samordnad vårdplan. Därefter bedömer en läkare när klienten är medicinskt färdigbehandlad dvs. utskrivningsklar och socialpsykiatrien ska ta över ärendet.

Om klienten inte har något boende att komma till efter utskrivning måste socialpsykiatrien ordna detta. Om de bedömer att klienten behöver ett särskilt boende. Om det inte finns någon sådan plats, måste socialpsykiatrien leta efter ett tillfälligt ”hem för vård och boende“. Om man inte kan ordna platsen inom 30 vardagar från att vårdplaneringen inleddes plus att läkare har sagt att ”nu är klienten färdigbehandlad“, så får kommunen betala för platsen på ett

psykiatrisk sjukhus.

3.6 Gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet

Lagen 2003:192 är en lag som stiftades för att få bukt på samverkansproblem mellan landsting och kommun. En lag om en gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet och som ger möjligheter för landsting och kommun att samverka. Denna lag möjliggör ett gemensamt arbetssätt utifrån hälso- och sjukvårdslagen samt socialtjänstlagen. Den skall främst användas för att tillgodose klienter som är i behov av gemensamma insatser ifrån båda huvudmännen. Man kan även förbestämma på vilket sätt den gemensamma nämnden skall fungera och vilka enskilda ansvarsområden de ska ha. (Socialstyrelsen, Länsstyrelserna 2005 s. 49)

På Stockholms läns landstings hemsida kan man läsa om en ansökan ifrån socialnämnden i Nacka, som vill att Lanstingsstyrelsen i Stockholms län beviljar en gemensam nämnd inom psykiatrin. Detta för att lättare kunna arbeta efter riktlinjerna inom hälso- och sjukvårdslagen samt socialtjänstlagen. Möjligheterna att samverka på det här viset ser Svenska kommunförbundet och Landstingsförbundet positivt på. Lagen ger en mängd olika fördelar som innebär lösningar av brister i samverkan. Men frågan är varför inte alla landsting och kommuner väljer att arbeta på det här viset? Lagen ger fördelar om utökad samverkan mellan kommuner och landsting, ger mer insyn över respektive insatser, ett fördjupat klientperspektiv, en gemensam budget över vårdkostnader och ett professionellt kunskapsbyte. Förutsättningarna för att en gemensam nämnd skall fungera, är att man kan visa förtroende och respekt mellan professionerna. Samt att en politisk vilja finns för att skapa en bättre kvalitet, effektivare vård och omsorg. Att ledning och styrning, organisationsutveckling och kvalitetsutveckling samt resursanvändning fungerar. Detta skulle i sin tur innebära att man slipper brister i samverkan, svåra gränsdragningsproblem och resurskonflikter samt skapar ett tydligare klientperspektiv. Brister i samverkan har huvudsakligen berott på att det är två huvudmän med konsekvenser som resursproblem, prioriteringsskillnader, gränsdragningsproblem, minskat initiativ, inga administrativa och politiska strukturer. Detta ger inga tydliga riktlinjer till samordning av verksamhets- och resursplanering. (Stockholms läns landsting, 2006)

Socialstyrelsen granskade lagen 2003:192 om en gemensam nämnd, år 2004 för att se hur många kommuner som tagit till sig förmånen. Det framkom siffror som att endast 15 kommuner har eller avser att sammanslå till en gemensam nämnd mellan landsting och kommun. Fem andra kommuner planerar att göra detta mellan åren 2005-2007. Tre kommuner har inte kunnat säga någon tidpunkt för sina planer. Vidare kan man läsa att de har visat resultat hur samverkan skiljer sig ifrån kommun till kommun och att detta kopplar till kommunernas storlek. Storstäder har en mer aktiv samverkan än andra kommuner och småstäder som främst samverkar med primärvården. (Socialstyrelsen, Länsstyrelserna 2005, s. 84-92).

4. TIDIGARE FORSKNING

Tidigare forskning kring samverkan mellan socialpsykiatri och psykiatri efter psykiatrireformens aktualisering finns det en del av. Bland annat har man forskat om huruvida psykiatrireformens intentioner har nått de mål som man hade från början. Den forskning som jag har valt att relatera är några infallsvinklar ifrån olika forskares studier kring psykiatrireformen, med fokus på samverkan mellan huvudmännen. Detta innebär att det här inte kan ses som en heltäckande bild av samverkan mellan socialpsykiatri och psykiatri, utan just några exempel kring forskningens utveckling av ämnet.

4.1 Samverkan mellan socialpsykiatri och psykiatri

När den psykiatriska institutionaliseringen avvecklades medförde det både kritiska och positiva reaktioner. Detta skriver Bulow (2004) om. Han har tidigare både arbetat med det kliniska arbetet inom vården och följt arbetets utveckling inom lednings- och organisationsfrågor. Han har gjort en avhandling med syfte att undersöka konsekvenserna med avinstitutionaliseringen, genom att följa psykiskt funktionshindrade patienter under 15 år mellan åren 1984-1998. Det var just under den här perioden som det blev stora förändringar inom den psykiatriska organisationen. Han skriver i sin avhandling att reformens aktualisering innebar både positiva som negativa reaktioner. Kritiken handlade om att samhället nu gav upp målgruppen och därmed gav upphov till en ökad dödlighet, hemlöshet och kriminalitet. Speciellt om inte psykiatrin och socialpsykiatrin samordnar sina insatser, när det gäller boende, sysselsättning, finansiellt och psykologiskt stöd till den behövande klienten. De positiva reaktionerna har fokuserats på patienternas känsla av att få räknas med

in i samhället och få vara med i den sociala gemenskapen igen. (Bülow 2004, s. 15-16, s. 57) Resultaten ifrån Bülows studie har visat att patienternas livsvillkor efter reformen, fått en positiv utveckling (*Ibid.*).

Topor (1996) har skrivit boken "Psykiatri i socialtjänsten", där man kan läsa exempel som sagts i enkätsvar om vad som kan bli problematiskt med samverkan. När klienten anses färdigbehandlad av psykiatrin överförs ansvaret till socialtjänsten att möta klienten för att sedan tillgodose de behov som klienten kan behöva för att komma in i samhället igen (Topor, 1996 s. 82-25). Det inträffar tyvärr flera problematiska förhållanden mellan dessa två huvudmän vilket beror på många olika faktorer. Det kan bero på att målen och ansvarsfördelningen är oklara och att man inte vet var gränsen går mellan psykiatrins ansvar och socialtjänstens insatser, att psykiatriska vården inte ger tillräckligt stöd när det gäller behandling eller att socialtjänsten och psykiatrin saknar kunskaper om varandras verksamheter och kompetens. Ibland uppfattar och ser socialpsykiatrin saker som psykiatrin inte ser på samma vis och självklart leder detta till komplikationer (*Ibid.*). Falk & Nilsson (1999) framhåller att samverkan mellan landsting och kommun har diskuterats i flera decennier. Behovet av finansiell samordning mellan huvudmän inom socialsektorn blev tydligt redan under 1980-talet. Sektorisering innebar dock svårigheter till att utnyttja samhällets samlade resurser för att uppnå övergripande mål på ett effektivt sätt. (Falk & Nilsson, 1999 s. 94) Vidare kan man också läsa i Bülows (2004) avhandling att samverkan har inneburit problem, när de inte har lyckats sörja för klientens individuella behov. Då har oftast en tvist uppstått om vem det är som skall bära ansvaret och hur man bäst skall samordna insatserna? (Bulow, 2004, s. 81).

4.2 Åtgärder för samverkan vid psykiatireformens början

Markström (2003) skriver att det vid reformens start gjordes försök att få samverkan effektivare mellan huvudmännen. De fick stimulansbidrag för att psykiatri och socialpsykiatri skulle planera tillsammans och starta upp samverkansprojekt runtom i landet och härigenom påverka andra till ett bättre lärande och utveckling. Projektet skulle utformas under en treårsperiod, för att se hur det går att implementera ett nytt sätt att arbeta på. Man skulle exempelvis planlägga projektet genom en målformulering, planering, genomförande, avslutning och utvärdering. Oftast är vägen mot målet oklart definierat och speciellt när det är flera organisationer som ska samverka med varandra. Varför det blir oklart är för att det finns

olika styrningspunkter som bidrar till en försvårad väg. En annan vanlig effekt med projekt är att man lämnar tidigare målsättningar och koncentrerar sig på det nya förhållningssättet. Vanligtvis görs detta utan att riktigt nå slutmålet och där man använder sig av en sorts överlevnadsstrategi. (Markström, 2003, s. 62-72).

I samverkan mellan socialpsykiatri och psykiatri är det personal som har olika förmåner, olika status och har olika sorters makt i sina händer. När socialpsykiatri och psykiatri möts under samverkan, kan varderas legitimitet förändras beroende på situation och kunskap. Det kan resultera till att den ena inte får "lov" att föra fram sin talan utifrån sina mandat, gentemot den andra och blir som Markström (2003) skriver en "gisslan" under mötet. Nu finns det dock andra viktiga tillämpningar för att nå samverkan, såsom psykiatrisamordnare och personliga ombud (*Ibid.*). I en slutrapport ifrån socialstyrelsen och länsstyrelserna (2005), ges en nationell syn på kommuners insatser mellan åren 2002-2004. Där bedöms områden som kartläggning av målgruppen, uppsökande verksamhet, uppbyggnad av verksamhet och en samordnad planering kring klienten vara viktig för att nå reformens intentioner. För att dessa skall kunna genomföras, är det nödvändigt att samverkan mellan socialpsykiatri och psykiatri fungera mycket väl. I rapporten framhävs nödvändigheten av riktlinjer för samverkan mellan huvudmännen. (Socialstyrelsen, Länsstyrelserna 2005, s.24). Men där krävs också en ökad kunskap bland politiker och ledande chefstjänstemän för att förbättra styrningen och planeringen av verksamheten (*Ibid.*).

Agrell, Evelius och Lagerlund (2002) framhäver också detta i sin bok "Lagstiftning med den psykiska funktionshindrade i fokus". De skrev boken för att bidra till ökade kunskaper och förståelse för de problem som kan te sig svåra för den psykiskt funktionshindrade, när det gäller vård ifrån både kommun och landsting. De framhäver vikten av samverkan mellan huvudmännen för de psykiskt funktionshindrade i samhället. Även om det stod reglerat i lagen om deras respektive ansvar, visade det sig vara svårt i praktiken. Det var svårt när det gäller att hantera ansvarsfördelningen mellan respektive huvudman. De ger ett exempel om en typisk situation. Om en person som sedan en tid har vårdats inom slutenvården och skall vidare till ett eget boende. Landstinget är redo att överlämna ansvaret till kommunen, som därefter skall bidra till att den enskilde får den omsorg och stöd som denne har behov av. Men den enskilde har fortfarande rätt till medicinska insatser ifrån landstinget. För att god omsorg och vård skall kunna ges, är det här nödvändigt att de båda samverkar. Ett problem är här den starka sekretessen som råder dem emellan. De får inte samtala om den enskilde utan

dennes samtycke, om inte nödvärnsregeln gäller enligt 24 kap. BrB, dvs. vid nödsituation lämna ut uppgifter till läkare eller annan vårdpersonal. Agrell et al. (2002 s. 51-52). Personalens kunskaper och viljekraft är avgörande för att nå lagens mål och viljan för att de ska kunna omsättas i praktiken. Arbetsformerna och organisationen måste vara utvecklade på ett sådant sätt att personalen inspireras till att utveckla vården. Ett ökande självbestämmande för personalen behöver komplettera patienters självbestämmande. Ett arbete mer inriktat på den enskildes behov och organisationens behov. (Pehrsson 2003, s. 21).

Lagen ger stor frihet när det gäller att låta särskilda förtroendemannaorgan att agera och hantera olika delar av verksamheten. Lagen säger ingenting om hur organen ska vara sammanställda, vilka uppgifter de ska ha eller hur de ska åtskiljas gentemot varandra. Man "köper och säljer" tjänster, nämnderna fungerar som beställare i förhållande till producenter som kan finnas både inom och utom landstinget eller kommunen. (Pehrsson (2003) s. 25).

5. TEORI

Detta avsnitt bygger först på det *organisationsteoretiska perspektivet av nyinstitutionalism*. Nyinstitutionalismen talar om hur en organisation styrs av en institution. Den talar också om sättet att se på en organisation genom att plocka isär delar av den, exempelvis utifrån den enskilda anställdas arbete. Hur fattar han/hon sina beslut? Beslut som vidare ska anpassa och motsvara institutionens krav. Socialförvaltningen som är exempel av en institutionell organisation, styrs av ett överordnat samfund. Detta perspektiv skall belysa psykiatrin och socialpsykiatrin som är två olika organisationer och styrs av två olika huvudmän. Där de har gemensamt krav att samverka med varandra.

Jag har därför dragit en koppling med det nyinstitutionella synsättet genom att dela upp och ta fram olika teman, som har varit särskilt förekommande i min empiri. *Personliga-, -intresse och värdekonflikter, egna ansvaret och gränsöverskridande ansvaret mellan organisationer, perspektiv på ledarskap, resurser (om tid, pengar och personal) samt samverkan*. Dessa delar skall kunna förstås som delar av en helhetsprocessen. Delar som bör fungera för att nå samverkan mellan socialpsykiatri och psykiatri.

5.1. Institutionell organisation

Johansson (2002) beskriver begreppet institution på ett nytt sätt, då han skriver att en institutions personal arbetar på ett vis som inom organisationen är accepterat, något som inte ifrågasätts och är givna regler. Varje människa inom institutionen handlar och styr utefter sitt "automatiska" sätt utan att reflektera. För att förtydliga resonemanget här, sker det under tre olika tillstånd: 1. Institutionen styr *handlandet*, 2. institutionens styrning är beroende av aktörernas kunskap och *trohet till den*. 3. Medan *värderingar* under en medveten process *inte blir aktuell* i första hand (Johansson, 2007, s.15) En institutionell organisation innebär att ha ett styrande ifrån omvälvande diskurser. Exempelvis socialförvaltningen och hälso- och sjukvården, som är institutionella organisationer och måste ta hänsyn till överordnande instanser (*Ibid.*). Kommun och landsting är huvudman till dessa två institutionella organisationer. Kommunen styr socialtjänsten, landstinget styr hälso- och sjukvården med bland annat lagar, regler, resurser, mål och beslut.

5.1.2 Organisationsteoretisk perspektiv utifrån en nyinstitutionell analys

Nyinstitutionalismen har sitt ursprung ifrån USA, som skapades på 1970-talets senare del. Det finns en svensk version av nyinstitutionell organisationsteori, som kom under år 1990 och skiljer sig en del ifrån den amerikanska. I Sverige är detta perspektiv mera processinriktat, som förklaras mera ingående nedan.

Organisationsteorin generellt bygger sin teori på att man arbetar målinriktat och organiserar arbetet utefter *ett enda* rätta sätt, förklarar Johansson (2007). Men vidare skriver hon att forskare har kommit fram till att så enkelt ter det sig inte i verkligheten. Organisationer består av sociala ting, såsom sociala grupperingar som kommer att påverkas av olika "naturliga" faktorer. Därför blir målet att "klara sig inom organisationens ramar". Även om det kanske inte resulterar sig vara det bästa sättet. Utvecklingen av området som styrs offentligt, likställs mer som organisationer av svenska nyinstitutionalister (Brunsson & Sahlin-Andersson, 1998). Man har genom den organisationssociologiska forskningen kunnat få fram tre komponenter som är vanligt förekommande att ha i en organisation. *Identitet* (du som anställd är en del av organisationen), *hierarki* (tydliggör gränser mellan identitet och ansvar) och *rationalitet* (mål man har att uppfylla). Organisationer har en mer eller mindre grad utav dessa komponenter. Denna typ av organisation kan jämföras som ett redskap för en

huvudman som; kommun, landsting, staten eller politikerna. På så vis att huvudmännen styr organisationens funktion. Organisationerna har därför, ur den här aspekten, en låg identitet. Det är huvudmannen som bestämmer hur processen ska gå till, dvs. juridiska diskurser, resurser man har att använda sig av och hur de skall användas m.m. Följer man dessa bestämmelser kan man undkomma eventuellt motstånd och vidare nå en legitim berättighet. (Johnsson, s. 14, 2007) Dock är gränser mellan samarbetsberoendets omgivningar oklara, dvs. gränserna mellan professioner som finns, men som man ska under arbetet samverka med. (Brunsson & Sahlin-Andersson, 1998, s.152-154) En organisation av detta slag, legitimeras när den samverkar med andra organisationer. (Johnsson, 2007, s.14) Och minskar därför risken för eventuell kritik ifrån överordnande instanser. Hjortsjö (2005) kallar förhållandet mellan olika organisationer för mellaninstitutionella sfärer.

Brunsson (1985) var en organisationsforskare som skrev bland annat en bok om ett nyinstitutionellt tänkande i förhållandet mellan beslutsfattande och handling. Han framförde idéer som, man kan inte endast fatta beslut jämte sin organisation utan att behöva agera genom ett handlande. Ett vanligt fenomen vid beslutsfattande positioner, kom han fram till att man inte ofta värderade vilka konsekvenser beslutet/handlingen kunde resultera i. Utan först efter beslutet, matchade man olika mål för att matcha både beslut och oförutsedda konsekvenser. Enligt Brunsson (1985) blev detta en irrationell beslutsprocess. Dock kom han fram till en lösning på detta förnuftsvidriga sätt, att plocka isär tankarna och handlandet för besluten. Det är en del av det nyinstitutionella tänkandets mening, att just plocka isär delar för att kunna se med andra ögon och möjligtvis bidra till förståelse. Vidare år 1989 skrev han en annan bok som handla om att ta isär *handling* och *politik* inom en organisations beslutsfattande, för att kunna värdera ting var för sig. Han undra vad och hur beslutsfattarna, inom en organisation, har underlag för bedömningar när det gäller handlingen jämte politiken. Detta eftersom både politiken och handlingen utgör en slags makt och laglig grund för eventuella beslutstaganden. Så visar det sig bli ett slags "hyckleri" enligt hans mening. Hyckleri som, i detta fall, skulle innebära att man först pratar sig fram, för att uppfylla ett krav. Sedan beslutar, för att uppfylla annat krav och delar till sist ut pengar så ett tredje krav tillfreds. Sammanfattningsvis med detta hyckleri, blir att man tog hänsyn till beslutet som skulle göras, man använder pratet som skall legitimera besluten och man ger en produkt för att uppnå organisationens intentioner(*ibid.*)

Jonsson (2007) förklarar att en organisation försöker hela tiden anpassa sitt sätt att arbeta

efter institutionens krav. Och denna process kallas för *institutionell ismorfism*. En organisation är beroende av sin omgivning, eftersom omgivningen (i det här avseendet, institutionen) styr organisationen.

5.2 Personliga , intresse- och värdekonflikter

När samverkan inom en organisation eller mellan organisationer inte fungerar, kan det många gånger bero på konflikter. Men konflikter är ett brett begrepp, som kan ha olika innebörder. (Svedberg, 226, 2007).

En organisation skulle inte kunna vara en organisation utan dess människor. Alla människor har vi unika personligheter. Detta innebär, inom organisationer, att många olika personligheter möts samman. Vidare kan omöjligt alla personligheter fungera tillsammans, utan en kemi som uppstår kan antingen vara av det sämre eller bättre slaget. När kemin är av det sämre slaget, kan personliga konflikter uppstå. Man gillar kanske inte den andra, för hans/hennes beteende, attityd eller sätt att arbeta på. Samtidigt som en konflikt, oftast, ses som något negativt kan också konflikter innebära att man utvecklas tillsammans. Dock bara ifall man väljer att ”rensa luften” dvs. tar tag i konflikten och pratar ut om saken (*Ibid.*)

När två olika professioner möts kan det lätt uppstå problem och konflikter, när det gäller hanteringen av olika åsikter och synsätt att förhålla sig till. Professionerna har olika mål, olika kompetenser samt intressen att nå. Om man inte kan kompromissa till en lösning, som tillfredställer båda sidorna, uppstår en intressekonflikt. När två grupper har olika tank, intressen samt prioriteringar, kan man förstå intressekonflikten mer som en sorts värdekonflikt. Värdekonflikter uppstår när man värderar värdet av handlingar eller val, olika (*Ibid.*) En närbesläktad innebörd till intressekonflikter.

5.3 Det egna och det gränsöverskridande ansvaret mellan organisationer

Anställda inom en organisation, har alla ett ansvar. När olika professioner inom organisationen skall samverka, tydliggörs vanligtvis det egna ansvaret. Så sker också mellan olika organisationer. Grape (2006) kallar det för *organisatoriskt fält*, när flera organisationer skall samverka med varandra. Inom det organisatoriska fältet finns tydliga gränser, som markerar organisationernas områden och som kom att kallas för *institutionella logiker*. Här

finns regler över vad som får göras och inte göras. Men när representanter ifrån två olika organisationer skall mötas, konfronteras samtidigt olika mål, kompetenser, viljor, ansvar och regelverk (Grape 2006). Detta gäller även om organisationerna ingår i samma fält, men tillhör olika institutionella sfärer (Hjortsjö, 2005, s.115). Det blir många gånger motsättningar som också leder till kompromissande lösningar. Det egna ansvaret visar sig ofta vara mest väsentligt. Denna studie inriktar sig på samverkan mellan kommun och landsting (externt gränsöverskridande arbete). (Westrup & Persson, 2007, s. 12). En organisations personal styrs av sin institution och gör det i ännu högre grad när de ska representera institutionens målsättningar.(Ahrne & Papakostas, 2002). Men varför uppstår ett revirtänkande om ansvar, när man egentligen arbetar för samma sak och där konsekvensen kan bli att klienten utsätts negativt? Grape (2006) förklarar att detta är ett vanligt fenomen när relativt nya organisationer skall möta varandra. Man känner sig inte än väl förtrogen med sitt eget ansvar, den andra organisationens ansvar och det gemensamma ansvaret. Samtidigt skriver Hjortsjö (2005) att den institutionella omgivningen, ofta berömmar och legitimerar organisationer när de redovisar ett gott resultat som exempelvis leder till ökade resurser. På så sätt uppmuntras således organisationen att fortsätta i samma riktning. Även om det har inneburit en ”strider” för att behålla resurser och lett till en sämre samverkan. Vanligtvis saknas ett gränsöverskridande ledarskap, som hjälper parterna att samarbeta samt stödja det gränsöverskridande arbetet. (Westrup & Persson 2007)

5.4 Perspektiv på ledarskap

En bra ledare tänker sig säkert många vara en person, som får saker gjorda, stimulerar andra människor att göra saker samt är en person med makt. Det Bolman & Deal (2006) skriver i avsnittet om “Nya perspektiv på ledarskap”, att det inte går att se så enkelt på vilka egenskaper en ledare ska ha eftersom det finns många olika typer av ledarroller. De framhäver frågan, om det “goda ledarskapet” finns? Bra egenskaper framhävs såsom engagemang för arbetet samt för personalen, passion för den verksamhet man ansvarar för och visa förtroende för de anställda samt kunna bygga relationer. Nästan alla forskare är överens om att olika arbetssituationer kräver olika former av ledarskap. Exempelvis behöver en ledare, som arbetar med en motiverad och engagerad personal inte ha samma sorts av ledarskap som en ledare med omotiverad och lågutbildad personal. (Bolman & Deal, 2006, s.406-407). Ledarskap inom hälso- och sjukvården innebär att styra och hantera samverkan mellan profession, politik och administration. Utifrån dessa tre områden som en chef ska

förhålla sig till, kan man säga att detta är en multiprofessionell organisation. (Palmberg, 2006).

Ledare på den här nivån, har en annan gråzon än vad socialsekreterare och behandlingspersonal ifrån psykiatri har. De ska hantera samverkan mellan förvaltningens krav och politikernas (Östergren & Sahlin-Andersson 1998). Tollgerth-Andersson (1995) beskriver att ett framgångsrikt ledarskap är det bästa sättet att möta förändringar på. Hon lyfter fram ord som lönsamhet, produktivitet och ledarskap som viktiga ledord. Vill man att förändringar ska bli gynnsamma måste man också ha personal som tror på detta, eftersom personalen utför det ledarskapet eftersträvar. Ett bra ledarskap är således lika med en god arbetsmotivation.

5.5 Resurser

Synonyma ord till ”resurs” är tillgång, medel, hjälpmedel, kapital m.fl. Ordet resurs för den här studien, handlar om pengar, tid och personal. Dessa medel skapar möjligheter för en organisation att utföra sina intentioner. Organisatoriska verksamheter som driver socialt arbete är människor som har ett byråkratiskt tjänstemanskap. De använder sina organisatoriska resurser, som överordnade har delegerat dem, men förutsätter att bestämda regler och lagar följs. (Meeuwisse et. al, 2006, s.187).

5.6 Samverkan

Samverkan kan kosta en hel del innan den börjar löna sig och det krävs mycket tid och energi för att bevara de kontakter som krävs. Det finns samhällsvetenskaplig forskning om samverkan inom välfärdsområden och olika hinder som kan uppstå för samverkan har identifierats. Dels är det strukturella hinder mellan organisationerna som ska samverka och dels handlar det om allmänhetens respons dvs. kulturskillnader mellan organisationer och professioner som kan uppstå. (Axelsson & Axelsson, 2007 sid. 22-23). Folkhälsoarbetet är en del av välfärdssystemet och det finns många aktörer som arbetar för folkhälsan, såsom kommunala, statliga myndigheter och frivilliga organisationer m.fl. Det finns således ett stort behov av samverkan mellan många områden inom folkhälsoområdet liksom inom välfärdssystemet i stort och en bättre gränsöverskridning mellan olika ansvarsområden skulle förbättra folkhälsan oerhört (*Ibid.*).

6. RESULTAT OCH ANALYS

För att få fram respondenternas svar samtidigt som jag vill avidentifiera dem kommer jag att benämna de som är ifrån socialpsykiatri med "S" plus en siffra och "P" plus en siffra för de som är ifrån Psykiatri (S1, S2, S3, S4 och P1).

Jag har valt att integrera empiri med teori och studiens frågeställningar. Detta för att lättare förstå varför det ser ut som det gör. Med en organisationsteoretisk utgångspunkt, såsom nyinstitutionalism kan vi bättre förstå organisationer och vilka faktorer som påverkar organisationer till förändring. För att förstå empirins resultat genom att förstå de olika teman som man kunnat urskilja, dvs. *gränsdragningsproblem, konflikter, ledarskap, resurser och samverkan* skulle man kunna koppla samman nyinstitutionalismen som förklaring.

Jag har sammanställt respondenters svar ifrån socialpsykiatri samt reflekterat och analyserat dessa för att kunna urskilja vad som är lika respektive olika. Har sedan ställt deras svar jämte svaret från den enda respondenten ifrån psykiatri.

6.1 Presentation av respondenterna

P1, är socionom och har tidigare arbetat för både socialtjänsten och mentalvården och nu för psykiatri.

S1, är socionom i grunden, men arbetar som enhetschef inom socialpsykiatri.

S2, är socionom och har arbetat som biståndshandläggare inom socialpsykiatri och är numera metodutvecklare inom samma område. Hon har även utarbetat en rapport om samverkan mellan socialpsykiatri och psykiatri. Hon säger själv att rapporten var en totalundersökning av alla aktuella ärenden som de då hade. Det var ett sätt att samla in informationen om samverkan. Ett annat sätt var de fokusgrupper med både handläggare ifrån kommunen och behandlingsansvariga ifrån psykiatri avseende en samordnad vårdplan. Hon hade även intervjuat klienter.

S3, är socionom och har arbetat inom socialpsykiatri sedan reformen infördes och varit enhetschef sedan år 2005.

S4, är inte socionom men har arbetat som biståndshandläggare inom socialpsykiatri sedan år 2001. Hennes bakgrund är ålderdomshemföreståndare, vilket är en utbildning som inte längre finns. I den utbildningen ingick mycket sjukvård och psykiatri.

6.2 Hur fungerar samverkan mellan socialpsykiatri och psykiatri?

Syftet med frågan är att försöka besvara vad socialpsykiatri och psykiatri generellt anser om deras samverkan.

Respondenten ifrån psykiatri (dvs. P1), förklarar att man många gånger har olika åsikter om vem som har ansvaret för klienten. Ifrån psykiatri tycker man att klienten ska hanteras av socialtjänsten och ifrån socialtjänsten tycker man tvärtom. En tvistefråga där man inte vet om det handlar om pengar, platsresurser eller tidsaspekter. Hon tycker att det är intressant att se hur detta dilemma hänger ihop och hur de båda sidorna ser på varandra. Ekeland (2006) skriver om konflikter mellan olika professioner, som tyvärr är ganska vanliga inom vårdsektorn. Han framhäver att man bör skilja mellan konflikter som bygger på enskilda sakfrågor och konflikter som är mer konkurrensinriktade. Det kan innebära olika villkor och skillnader för olika professioner. Exempelvis så har en läkare en tydlig och skarp roll jämte andra professioner inom vården. En roll som oftast är svår att förändra. Det som läkaren anser utifrån sin profession, är oftast inget som annan profession kan eller bör bedöma annorlunda. (Ekeland, 2006, s. 41-42). P1 förklarar dock att olika åsikter mellan professionerna egentligen är en enskild sakfråga. Vad socialtjänstens socialpsykiatri tycker spelar ingen roll när läkaren säger att klienten är utskrivningsklar och ”redo” att komma ut i samhället och erhålla sociala tjänster. Däremot framhäver P1 att psykiatri inte har någon brådska med sina patienter och att det finns förståelse över att socialpsykiatri har ett tajtare schema än vad de har. Hon förklarar vidare att psykiatri ser i ett längre perspektiv och låter processen ta längre tid eftersom klienterna är helt beroende av deras beslut. Ekeland (2006) beskriver samarbetets olika delar och möjligheten till kompromisslösningar som gynnar samtligas behov. Det krävs därför ett anpassat förhållningssätt till både tid, insats, kreativitet, empati, tålamod och omtanke (*Ibid.*). P1 kan inte säga att deras samarbete med socialpsykiatri alltid är bra. Mycket beror på vem socialsekreteraren är. En del har arbetat länge inom socialpsykiatri och känner psykiatri klienter väl och andra är nya. Hon menar att samarbetet därför varierar mycket, beroende av hur mötet mellan människor fungerar. Svedberg (2007) beskriver detta fenomen med att vi människor påverkas av varandra på olika sätt, att personligheter som

möter andra personligheter inte alltid kan stämma då man har för olika ”personkemi”. Eller att man har en speciell attityd som av andra uppfattas som negativ. Det kan också bero på intressekonflikter eller värdekonflikter, där intressen ställs emot varandra. Den ena sidan tolkar situationen på ett sätt och den andra på ett helt annat samt att man utefter sina referensramar prioriterar och värderar olika.(Lars Svedberg 2007, s. 229).

Socialpsykiatrins respondenter, anser också att samverkan påverkas av vilka personer som man ska arbeta tillsammans med. Det finns också skillnader; resurser, tider och åsikter. När psykiatrireformen infördes, beskriver respondenterna att det kändes som de arbetade mycket efter psykiatrins villkor, vilket fortfarande upplevs av tre respondenter. De uttrycker vidare att det känns som socialpsykiatrin vet mer om psykiatrins uppgifter än vad psykiatrin vet om deras. Psykiatrin skall kunna mer om den medicinska delen och socialpsykiatrin om den sociala. Men det hade varit önskvärt, enligt socialpsykiatrin, att psykiatrin hade mer kunskaper och förståelse över hur deras arbete fungerar. Hall (2007) skriver om chefens betydelse för att se till att samverkan kommer till stånd, att han/hon vinner sina anställdas förtroende och bidrar till att väcka viktiga känslor inom dem så att de kan nå de olika kompetensnivåer de har. Tanken med samverkan är att alla tar ansvar och delar på ”makt” och där allas åsikter är av värde. När man fått berörda personer (dvs. anställda inom organisationen) att förstå vikten av samverkan, det är först då man kan nå känslan av engagemang och mening. Att de då förstår att samarbete är något som belönar dem alla i deras arbete. Här är det som sagts mycket viktigt att chefen verkar för engagemang och inriktning på arbetsplatsen. Lyckas chefer med den här uppgiften, så når de anställda med stor sannolikhet också sin genuina kompetens.

Vidare beskriver alla respondenter ifrån socialpsykiatrin att samverkan har förbättrats sedan psykiatrireformen infördes. Men de framhåller också att samverkan varierar både uppåt och nedåt, beroende den aktuella situationen och personen/personerna man samverkar med. Men generellt sätt fungerar den bra. S1 förklarar exempelvis att de har en kontinuerlig kontakt och att man träffar psykiatrin i olika former:

“(…) Det finns ju egentligen, vad är det.. Fyra spår men det är tre spår kan man säga som jag framförallt kan ha kontakt med. Dels är det psykosenheter/psykosmottagningen och slutenvårdsavdelningar som finns på sjukhus(..)(..)”Sen har vi den affektiva mottagningen som är just för vårt område för det här distriktet(..)(..)”Sen har vi allmänpsykiatrin som är den stora(..)”

“Den stora delen är psykosmottagningen som är den största gruppen och som de flesta har kontakt med. Och där har vi jättefin samverkan med. Genom gemensamma nätverksmöten, hembesök, gemensamt tänk när vi träffas, tycker ungefär likadant och klienter är oftast lika harmoniska i det här(..)”

Alla respondenter ifrån socialpsykiatri tycker att samarbetet fungerar bäst med psykosmottagningen. De tror att det bl.a. beror på att det finns mycket personal avsatt för hembesök. En utav respondenterna förklarar att det här finns en tradition, som innebär att det alltid funnits personal tillgänglig vid akuta tillstånd. Om t ex. en patient har en svår psykos och söker dem, men ansvarig läkare är upptagen, så finns det personal som kan åka dit istället. Den affektiva delen som är en del av psykiatri och tar emot patienter, som har bland annat Bipolär sjukdom eller någon annan svår ångestsjukdom. Där ser kontakten annorlunda ut och socialpsykiatri träffar inte dem lika tätt. Den tredje delen av psykiatri som socialpsykiatri har kontakt med är allmänpsykiatri som är omfattande. Där finns en varierande blandning av människor som mår mer eller mindre dåligt. Dessa träffar socialpsykiatri också och här kan det blir svårt med samverkan, eftersom de har lite med tid och små personalresurser. S1 beskriver att för närvarande håller allmänpsykiatri, som deras stadsdel samverkar med, på med omfattande ändringar inom organisationen vilket påverkar deras sätt att arbeta. Den stressiga situationen på mottagningen medför att det blir rörigt med samverkan också. Bergmark et al. (2008) menar också att mindre antal anställda innebär mindre tillgänglighet för allmänheten (av naturliga skäl). Detta innebär längre väntetider, mindre kontakt med klienter och minskad samverkan. Detta utvecklar de, innebär att sannolikheten för ett bra socialt arbete är beroende av organisationens resurser och då framförallt personal.

Tre av fyra respondenter ifrån socialpsykiatri upplever att det finns en uttalad respekt för varandras uppgifter. Men en av socialsekreterarna uttrycker att de med jämna mellanrum blir irriterade på varandra och ibland tar sig hela vårdplaneringen som ett skämt. Men hon tillägger att man många gånger glömmer det som faktiskt är bra och vilket oftast är.

En utav respondenterna ifrån socialpsykiatri berättar att ”samordnad vårdplan” (där professioner tillsammans med klient träffas för att samverka deras olika insatser) infördes efter att man anlät metodutvecklare för att finna lösningar för att nå bättre samverkan. Det var under år 2008 som man startade ett projekt genom ett avtal mellan kommun,

beroendecentrum och psykiatri. Avtalets innebörd var att alla ärenden skulle genomgå samordnad vårdplan när insatser och hjälp behövdes från flera huvudmän. Man menade att gör man en samordnad vårdplan skapas ett samarbete. Samtidigt såg man ett samband som visade att där samordnad vårdplan inte fanns, så fanns en högre grad av dåligt samarbete än i de fall där det fanns samordnad vårdplan. Idag är det dock krav på samordnad vårdplan; alla kommuner jämte psykiatrin. Men blir det verkligen samverkan på grund av en s.k. samordnad vårdplan? Blir det en bra samverkan genom ”tvång” och är det så enkelt? Hjortsjö (2005) lyfter fram aspekter som informella och formella möten som har inverkan på den generella samverkan. Mellan organisationerna (psykiatri och socialpsykiatri) finns tydliga gränser, som talar om vilket ansvar den ena och den andra sidan har. Men ibland uppstår gråzoner i det enskilda fallet, där en samordnad insats är nödvändig, för att det ska fungera utifrån klientens behov. Utmaningen med gränsöverskridande arbete är att kunna dela på ansvar. Förutsättningen för att samverkan skall vara meningsfullt, är att man är medveten om varför man ska samverka? Vilka problem skall lösas? Vilka är vinsterna med samverkan för målgruppen och hur kan samverkan medföra ett effektivare arbete med patienter/klienter etc.? Med dessa insikter kan man uppnå större effektivitet. (*Ibid.*).

6.3 I vilka avseenden kan samverkan bli bättre?

Med den här frågan vill jag fokusera på de faktorer som kan göra samverkan bättre.

En organisation kan alltid utvecklas, men för att utvecklas behövs allas närvaro och en ömsesidig vilja till att få det bättre. Melén Fäldt (2009) refererar till (Burnes, 2005, Van de Ven & Poole, 1995, Weick & Quinn, 1999) i sin avhandling om en kontinuerlig förändring, dvs. en förändring som är ständigt pågående utan att man egentligen är medveten om/eller styr det. Hon beskriver vidare att viktiga aktörer i förändringsprocessen är chefer och ledare. Oavsett om dessa styr organisationen på ett medvetet sätt med detaljerade mål och planer eller om de mer passivt agerar inom verksamheten leder detta till förändring. Det är därför en chefs ansvar att kunna balansera faktorer som: kontinuitet, förändring, stabilitet och obalans. Vidare menar hon, att hur den här förändringen sedan ter sig, beror på organisationens historia, dess förändringskontext, hur stor den aktuella förändringen är och hur väl chefen kan styra mot målen. (Mintzberg & Westley, 1992). Om man jämför med psykiatireformens intentionen, har den inte fullt ut lyckats uppnått dessa. Och det förhåller sig olika mellan kommuner och landsting. Kanske för att chefer agerar och hanterar situationer samt styr på olika vis. En respondent ifrån socialpsykiatrin uttrycker:

“(…) Men om dom har en chef som är tydlig om hur det ska va. Så att ingen ska hamna emellan stolarna och att man ska lösa det här. (..) (..) Så är det ju hos cheferna att samverka. T ex. om vår socialchef och chefen för psykiatrin dom hade innan detta projekt, att dom skulle bli världs bäst att samarbeta samverka... Har man den inställningen, det ger att samverkan kan komma någon vart. Då sipprar det ner hos de andra medarbetarna. Men det diskuteras om vart ärenden ska ligga.”

Alla respondenter tror att det finns ett ömsesidigt engagemang mellan socialpsykiatrin och psykiatrin till att få en bättre samverkan. P1 tycker att en förbättring skulle vara att ordna lite mer gemensamma möten och utbildningar, men vem skall i så fall organisera det. Alla som arbetar inom dessa organisationer ska ha ett samarbete, se varandra som samarbetspartners och inte konkurrenter.

“Vi måste lita oss på vad socialtjänstens kompetens kan och dom måste lita på vad vi kan om sjukdomar. Vi måste förstå att det där kan inte kommunen, de kan inte fixa fram en lägenhet även om en patient skulle behöva det. Och vi kan inte betala alla patienters räkningar tills de får sina sjukpenningar. Ja se våra olika kompetensområden. Ibland tror psykiatrin att vi ska rädda hela världen, det är bara vi som förstår den här patienten, men vi måste också då förklara för andra hur det ligger till och se varandras.” (Respondent ifrån psykiatri, P1)

Hjortstj (2005) lyfter fram olika orsaker varför samverkan inte alltid nås. Även om de olika enheterna visar respekt för varandras uppgifter, är det inte sällan som man samtidigt betonar sitt eget område. En förklaring till detta beskriver hon, kan vara att man inte anser sig behöva samarbeta mer än nödvändigt. Många anställda som har ett visst självbestämmande och handlingsutrymme inom vissa riktlinjer och kan visa rädsla av detta. Om en organisation med sina anställda ter sig så, menar Hjortstj (2005) vidare att osäkerheten kring samverkans möjligheter är stark och någon riktig kontroll över det finns inte. Enligt socialpsykiatrin har som sagts respekten för varandras uppgifter och ansvarsområden blivit större. Om man är tydlig med vad ens egna uppgifter är, så brukar psykiatrin förstå socialpsykiatrin. Två respondenter ifrån socialpsykiatrin beskriver vikten av att vara pedagogiska och tydliga i sitt sätt att samverka med psykiatrin. Det är dock ett ömsesidigt ansvar och att psykiatrin kan vara pedagogiska när de möter socialpsykiatrin eftersom de har kunskaper som inte alltid motparten har. Alla respondenter har framhävt att det här är faktorer som är viktiga för att kunna uppnå en bättre samverkan.

6.4 Vilka faktorer styr samverkan?

P1. När intervjun gjordes med psykiatrin framkom olika föreställningar kring vilken tidpunkt en klient skall börja få stöd av socialpsykiatrin.

“(..) Det som är viktigt att förklara för socialpsykiatrin är att här har vi permissioner som utvecklas successivt och för att en patient skall må bra och tillfriskna så måste de träna sig på att vara ute. Man kan inte vara inlåst här och sen ska personen vara helt frisk, då tar kommunen över.. Utan socialtjänsten har många gånger den bilden tycker jag att:

- *när du har vårdat klart då kan du höra av dig, varför ringer du om möte för planering?* Jo för vi är hela tiden beroende av ett samarbete, har patienter inget boende t.ex. så kan socialtjänsten tycka att:

- *dom kan ju bo där, dom behöver ingenstans att bo det är så svårt att få lägenhet.* Ja det kan man ju tycka, men för att patienten ska bli frisk, om man inte har någonstans att ta vägen när man är på permission då är det ju inte bra.. Då får man inte självförtroende till att se att man klarar sig själv. (..)”

Hydén (1998) gör jämförelse mellan en klients relation till sin livsvärld och den institutionella världen. Livsvärlden kan beskrivas vara den värld som klienten själv uppfattar sig vara i och institutionella världen styrs av lagar och regler. När en klients livsvärld är svag på grund av en sjukdom, fokuserar den institutionella världen på att ge klienten det som denne saknar och inte själv klarar av. Tidigare tog man hand om allt klienten inte klarade av inom stängda dörrar och gav denne trygghet. Samtidigt som trygghet är något alla behöver, så är det livsviktigt att man också har sin livsvärld kvar. Det finns en påtaglig risk att institutionsvärlden också tar över livsvärlden.

P1 menar också att tvister mellan socialpsykiatrin och psykiatrin ofta handlar om ekonomi. Kommunen vill betala så lite som möjligt och psykiatrin likaså. Man kan få diskussioner om hur klientens tillstånd är, där psykiatrin framhäver att klienten inte är så sjuk längre och att det nu hänger på eftervården, medan socialpsykiatri bedömer att klienten fortfarande är för sjuk att överföras till eftervården. P1 brukar själv försöka träffa socialsekreterare och planera vården tillsammans och sedan, om det hänger på ekonomin, låta deras chefer få diskutera detta eftersom de har det ekonomiska ansvaret. Oftast krävs det att enskilda yrkesutövare som arbetar nära klienten, själva går emot styrsystemen för att kunna på ett effektivt sätt kunna hjälpa klienten. Hinder i samverkan är inte sällan budgetsystemen och budgetprocesserna och dessa hinder medför lätt att man koncentrerar sig på sitt hellre än samverkar. Det är inte vanligt att man diskuterar varandras budgetar (Westrup & Persson 2007). P1 talar om risken att samhället blir alltmer fokuserat kring pengar än på klientens individuella behov av vård.

Samtidigt är det givetvis viktigt att hålla sig inom de ekonomiska ramar som finns och de beslut politikerna tagit. Det ger heller inte någon rätt för en enhetschef på t ex. socialtjänsten att själv ta beslut utöver tilldelade resurser. Detta kan irritera psykiatrin, när de ser en klient som behöver eftervård, men inte får på grund av ekonomin och när någon av deras patienter inte får någonstans att bo under deras permission. Vid ett sådant tillfälle kan socialtjänsten tycka att klienten kan stanna hos psykiatrin eftersom det är svårt att hitta boende. Men P1 menar att klienten är i stort behov av att bo själv för att få självförtroende till att klara sig på egen hand. Psykiatrin tycker att socialtjänsten ska hjälpa till att ge klienterna förutsättningar till att bli friska och våga sig ut i samhället. Det går väldigt snabbt för klienter att bli institutionaliserade, vilket givetvis inte är bra eftersom klienten därmed inte vågar gå ut ensam och många blir därför kvar längre än avsett. Vidare menar P1 att det inte finns särskilt mycket hjälp till denna målgrupp när de kommer ut, vilket i allt väsentligt är en politisk fråga.

Socialpsykiatrin å andra sidan förklarar att det är både svårt och lätt att samverka mellan landstinget och kommunens budgetar. Det blir knepigt om man inte har klart för sig vem som har ansvar över vad, och vad den enskilde vill ha. Det är klart att det är socialpsykiatrin som har ansvar för boendestöd, stödinsatser i hemmet och sysselsättning. Men det är inte klart att de ansvarar för rehabiliteringen. Det blir ett "knep och knåp" genom att ansvarsfrågan ligger på gränsen för en klient som behöver både boende och behandling. Socialpsykiatrin menar att omsorgsboende är socialpsykiatrins ansvar, som att få hjälp att äta eller att kunna bo under drägliga former. Men om klienten utför handlingar som innebär skada för sig själv och behöver behandling, så är det inte ett kommunalt ansvar. Där uppstår gränsdragningsproblem, då klienten behöver "boende med andra inslag" och då behöver man samarbeta. Socialpsykiatrin kan aldrig bli en psykiatrisk enhet men de kan gå in och hjälpa en klient utefter dennes behov för att samtidigt hjälpa psykiatrin.

Psykiatri och socialpsykiatri har relativt tydliga gränser gentemot varandra, där det framgår vilket ansvar den ena och den andra sidan har. Det blir dock gränsdragningsproblem då gråzoner uppstår utifrån enskilda fall och där en samordnad insats är nödvändig för att det ska fungera utifrån klientens behov. Utmaningen med gränsöverskridande arbete är just att kunna dela på ansvar. Det är inte sällan som man möter på motstånd när någon trampar över på den andres sida. (Westrup & Persson 2007 s. 13) S1 som är enhetschef för socialpsykiatrin förklarar vikten av att hon som chef samverkar med psykiatrins chef. Därför brukar hon och hennes avdelningschef träffa den som är högsta chefen över hela psykiatrin och högsta chefen

för psykosmottagningen, två-tre ggr/halvår.

7. SAMMANFATTNING

Det som har varit viktigast för denna studie är intervjuerna, som har gett studien en inblick och känsla av ett "inifrån-perspektiv" utifrån de professionellas erfarenheter om samverkan. Studiens syfte var att belysa exempel hur samverkan fungerar mellan socialpsykiatri och psykiatri inom Stockholmsområdet och att vidare granska detta utifrån ett organisationsteoretiskt perspektiv. Forskningsfrågorna har varit en viktig del för att nå mitt syfte, då frågorna i sig skapat ett sökande av exemplifierade svar ifrån professionstillhörigheternas olika åsikter.

Hur fungerar samverkan mellan socialpsykiatri och psykiatri? Samverkan har blivit bättre än tidigare och fungerar nu ganska bra. Men givetvis så är detta något som det råder delade meningar om. Idag ska det finnas en "samordnad vårdplan" och då blir man tvungen att träffas för att samordna klienters vård. Meningen med en samordnad vårdplan var att "framtvinga" ett sätt för de båda organisationerna att samarbeta på. De träffas under möten som är planerade även efter uppkomna behov. Ibland har psykiatri ett mer uttalat ansvar att kontakta socialpsykiatri och ibland är det tvärtom. Enligt psykiatri är socialpsykiatri svåra att boka upp möten med, då de upplevs, att ha ett "tjattare" schema än vad psykiatri har. Socialpsykiatri tycker å andra sidan att en viss del av psykiatri kan vara svår att få kontakt med, medan andra delar går det väldigt lätt att få kontakt med. Båda organisationerna tycker att det skulle vara önskvärt att få en bättre och tydligare struktur, som skulle hjälpa deras samarbete.

I vilka avseenden kan samverkan bli bättre? Trots att mycket har varit positivt och fungerat mellan organisationerna så finns det förbättringar som kan göras. Ansvarsfördelningen efter psykiatireformen, har ibland visat sig leda till gränsdragningsproblem, dvs. svårigheter kring att veta vem som har ansvaret gällande en klient och hur samarbetet skall utformas (Bulow 2004, s.57). Detta är något som även empirin, i den här studien, har framhävt som en önskvärd förbättring dvs. att skapa en tydligare gränsdragning mellan huvudmännens ansvar. Det kan lätt bli diskussioner mellan dem, om vem som har ansvar för vad. Det finns också delade åsikter om när en klient ifrån psykiatri skall slussas vidare till kommunen dvs. socialpsykiatri för att få stöd till att "gå

ut” i samhället. Det kan uppstå tvister om vad som är “sjukt” eller inte där socialpsykiatrin kan anse att klienten är alldeles för sjuk för att lämnas över till dem. Psykiatrin menar att klienten är redo att komma ut i samhället men behöver få stöd, för att få självförtroende och känna att “jag klarar mig”. Socialpsykiatrin menar då att det blir de som får arbeta med rehabiliteringen, vilket inte är deras ansvar. Psykiatrin menar att när en klient slussas vidare ifrån psykiatrin, så har de kompetens att avgöra om klienten är redo att ”gå vidare” och få kommunens sociala stöd och här upplever man ibland motstånd ifrån socialpsykiatrin. Socialpsykiatrin får alltså, i en del fall, ta hand om en del av det ”sjuka” och psykiatrin det ”friska”. Det leder givetvis till diskussion över ”vem som bär ansvar för vad?” Klienterna behöver tid och måste få skynda långsamt för att komma på fötter igen enligt en respondent ifrån psykiatrin. Här behövs därför en samordnad hjälp. Det är svårt när en klient skall slussas ut ifrån psykiatrin till socialpsykiatrin och fortfarande är i behov av ett visst stöd med psykiatriinsatser. När intervjun gjordes med psykiatrin lyftes detta dilemma upp. Enligt psykiatrin behöver de få ut sina klienter (även om de inte är helt friska) till kommunen för att ge dem självförtroende och att klara sig själva. Det kan då innebära att socialpsykiatrin upplever att de arbetar med rehabilitering, som inte är deras huvudansvar. Detta är ett exempel, som visar att det är nödvändigt att ytterligare tydliggöra ansvaret för att kunna skapa bättre samarbete mellan professionerna och möjligen utveckla nya strategier för tillfällen då ansvaret överlappar varandra. Den som ytterst drabbas blir ju klienten.

Vilka faktorer styr samverkan? Båda organisationerna framhåller att det känns som den andra parten inte förstår vad den andres arbetsuppgifter är, samt vad de har för resurser för att hjälpa klienterna. Det är svårt när de två huvudmännens ansvar och budgetar skiljer sig och fokus ligger på det egna budgeterade ansvaret. Har en klient behov av att få en viss insats för att nå en skälig levnadsnivå, så är det inte tänkt att ekonomin skall ta över och därmed inte tillgodose den enskildes behov. Här menas inte att ekonomin styr beslutet hos socialsekreterarna eller hos psykiatrin, men den visar sig ha stor påverkan. Både socialpsykiatrins socialsekreterare och psykiatrins behandlande personal, vet vad de kan tillhandahålla och det blir därför fokus även för dem att se till ekonomin, eftersom cheferna också skall godkänna insatserna. Olikheterna mellan organisationerna kan försvåra samarbetet. Ambitionen att sköta sina jobb, går inte alltid ihop med att kunna tillgodose en klients möjlighet till att leva ett gott “ normalt ” liv, och detta är givetvis ett problem.

8. Avslutande diskussion

Man kan tänka sig att både psykiatri och socialpsykiatri har som målsättning att få klienter till att bli självständiga individer med ett fungerande "normalt" liv. Detta skulle kunna ses som "faktiska mål", som man strävar efter att nå, men resultaten blir inte alltid så. Då menar jag inte generellt att klienter inte får den vård de behöver, utan att det rör sig om brister i samverkan som bygger på ansvarsfördelning och intressekonflikter runt frågor om klienten. Detta kan leda till att det finns klienter som inte får sina behov tillgodosedda. Behov som de har rätt till, och som inte tillgodoses p.g.a. bristande resurser. Här spelar organisationernas olikheter gällande strategier, mål och strukturer in. Och man skulle kunna se gränserna i två olika perspektiv, såsom "yttre" gränser och "inre" gränser. Reformen tar upp de yttre gränserna med riktlinjer om var ansvaret ska ligga för både psykiatri och socialpsykiatri. De inre gränserna, är svåra att förutse eftersom de endast syns av de som befinner sig i gråzonen, dvs. av socialsekreterare och den psykiatriska professionen. Därför är det viktigt med ett ledarskap som kan vägleda båda sidorna, för att styra riktningen mot rätt håll. – För visst är det den psykosocialt funktionsnedsatta klienten, som annars ytterst får "betala" priset för bristerna i samordningen?!

Referenslista:

- Agrell, A. & Evelius, K. & Lagerlund, K. (2002) *Lagstiftning med den psykiskt funktionshindrade i fokus* Författarna och Schizofreniförbundet.
- Axelsson, R. & Axelsson Bihari, S. (2007) *Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer* Lund: Studentlitteratur.
- Bergmark, Å & Lundström, T & Minas, R & Wiklund, S (2008) *Socialtjänsten i blickfånget – Organisation, resurser och insatser – Exempel från arbetet med barn och ungdom försörjningsstöd missbruk* Stockholm: Natur & Kultur
- Bolman, L. G & Deal, T (2006) *Nya perspektiv på organisation och ledarskap* Lund: Studentlitteratur
- Brunsson, N. (1985) "The Irrational Organization. Irrationality as a Basis for Organizational Action and change." I: Johansson, R. (2002) *Nyinstitutionalismen inom organisationsanalysen. En skolbildnings uppkomst, spridning och utveckling* Lund: Studentlitteratur
- Brunsson, N. (1989) "The Organization of Hypocrisy. Talk, Decisions and Actions in Organizations." I: Johansson, R. (2002) *Nyinstitutionalismen inom organisationsanalysen. En skolbildnings uppkomst, spridning och utveckling* Lund: Studentlitteratur
- Brunsson, N. & Sahlin-Andersson, K. (1998) "Att skapa organisationer" I: Ahrne, G. (red.) "Stater som organisationer" I: Johansson, R. (2002) *Nyinstitutionalismen inom organisationsanalysen. En skolbildnings uppkomst, spridning och utveckling* Lund: Studentlitteratur
- Burnes, B. (2005). *Complexity theories and organizational change*. International Journal of Management Reviews, 7(1), 73-90. I:
- Bülow, P. (2004) *Efter mentalsjukhuset - en studie i spåren av avinstitutionaliseringen av den psykiatriska vården* Linköping: Institutionen för Hälsa och Samhälle
- Ekeland, T-J. (2006) *Konflikt och konfliktförståelse – för vården och den sociala sektorn* Malmö: Liber AB
- Falk, V. & Nilsson, K. (1999) *Hälso- och sjukvårdens organisation i Sverige* Lund: Studentlitteratur AB.
- Flygare, E. (1999) *Den psykiatriska problematiken och den problematiska psykiatrin* Stockholm/Stehag: Brutus Östlings Bokförlag.
- Grape, O. (2006) "Domänkonsensus eller domänkonflikt? - integrerad samverkan mellan myndigheter" I: O. Grape & B. Blom & R. Johansson (red.) "Organisation och omvärld - nyinstitutionell analys av människobehandlande organisationer". I: Johansson, Y. (2007) "Lättare sagt än gjort" *En kvalitativ studie om samverkan mellan socialtjänst och psykiatrisk slutenvård* Stockholm: Institutionen för socialt arbete. Socialhögskolan.
- Hall, J. (2007) *Kompetens i organisationen* Malmö: Studentlitteratur

Hjorstjö, M. (2005) *Med samarbete i sikte - om samordnade insatser och samlokaliserade familjecentraler*. Lund: Lund Dissertations in Social Work.

Hydén, L-C (2005) (Red.) *Från psykiskt sjuk till psykiskt funktionshindrad*. Lund: Studentlitteratur.

Johansson, R. (2002) *Nyinstitutionalismen inom organisationsanalysen. En skolbildnings uppkomst, spridning och utveckling* Lund: Studentlitteratur

Johnsson, Y. (2007) *"Lättare sagt än gjort" En kvalitativ studie om samverkan mellan socialtjänst och psykiatrisk slutenvård* Stockholm: Institutionen för socialt arbete. Socialhögskolan.

Markström, U. (2003) *Den svenska psykiatrireformen - bland brukare, eldsjälar och byråkrater* Umeå: Boréa Bokförlag

Meeuwisse, A & Sunesson, S & Swärd, H (2006) *Social arbete. En grundbok* Stockholm: Natur och Kultur.

Mintzberg, H. & Waters, J.A. (1985) "Of strategies, deliberate and emergent. *Strategic Management Journal*", 6(3), 257-273. I: Melén Fäldt, M. *Förändringskompetens En studie av anställdas upplevelser och lärande i samband med organisationsförändring* Lund: Lunds universitet. Institutionen för psykologi.

Palmberg, M. (2006) *Ledarskap i hälso- och sjukvården* Mementor Ledarskap AB

Pehrsson, A-L. (red), (2003) *Vad säger hälso- och sjukvårdslagen?* Grafiska Punkten

Schlaug, R. (1989) *Psykiatri Lag och Samhälle* Aspelin & Hägglund Förlag AB dtp.

Socialstyrelsen, Länsstyrelserna 2005 *Kommunernas insatser för personer med psykiska funktionshinder - slutrapport från en nationell tillsyn 2002-2004* ISBN 91-7201-970-0

SOU (2006:5). *Vad är psykiskt funktionshinder?* Stockholm: Nationell psykiatrisamordning.

Svedberg, L. (2007) *Gruppsykologi – Om grupper, organisationer och ledarskap* Printed in Denmark by Narayana: Studentlitteratur

Tollgerth-Andersson, I. (1995) "Chef i landsting. Ledarskap i politiskt styrda organisationer" I: Palmberg, M. (2006) *Ledarskap i hälso- och sjukvården* Mementor Ledarskap AB

Topor, A. (red), (1996) *Psykiatri i socialtjänsten* Falköping: Bonnier Utbildning AB

Van de Ven, A. H., & Poole, M.S. (1995). "Explaining development and change in organizations." *Academy of Management Review*, 20(3), 510-540. I: Melén Fäldt, M. *Förändringskompetens. En studie av anställdas upplevelser och lärande i samband med organisationsförändring* Lund: Lunds universitet. Institutionen för psykologi.

Weick, K. E., & Quinn, R.E. (1999). "Organizational change and development". *Annual Review of Psychology*, 50, 361-386. I: Melén Fäldt, M. *Förändringskompetens En studie av*

anställdas upplevelser och lärande i samband med organisationsförändring Lund: Lunds universitet. Institutionen för psykologi.

Westrup, U. & Persson, J. E (2007) *Gränsöverskridande ledarskap och styrning – Förutsättningar för preventivt arbete med barn och ungdomar* ProG-projektet Stiftelsen Allmänna Barnhuset och författarna

Östergren, K. & Sahlin-Andersson, K. (1998) ”Att hantera skilda världar. Läkares chefskap i mötet mellan profession, politik och administration” I: I: Palmberg, M. (2006) *Ledarskap i hälso- och sjukvården* Mementor Ledarskap AB

Elektroniska källor:

Stockholm läns Landsting (2009) ”Vår organisation” (elektronisk) *Sll officiella hemsida* <<http://www.sll.se/sll/templates/Normalpage.aspx?id=50127>> (2010-11-11).

Stockholm läns landsting (2006) ”Gemensam nämnd inom psykiatrins område” (elektronisk), *Sll officiella hemsida* <<http://www.sll.se/SiteSeeker/Search.aspx?id=1073&quicksearchquery=psykiatri%20-%20socialpsykiatr>>(2010-11-11).

Stockholms stad (2010) ”Kommunfullmäktige och kommunstyrelsen” (elektronisk), *Stockholms stads officiella hemsida* <<http://www.stockholm.se/OmStockholm/Politik-och-demokrati/Kommunfullmaktige-och-kommunstyrelsen/>> (2010-11-11).

Bilaga 1

Hejsan!

Mitt namn är Maria Jäderberg. Jag är studerande på Lunds Universitet, socionomprogrammets näst sista termin. Just nu arbetar jag med mitt examensarbete som handlar om samverkan mellan psykiatri och socialpsykiatri. Mitt syfte med denna studie är att få reda på vilket sätt socialtjänsten och psykiatrin arbetar för att nå samverkan.

Jag vill med andra ord, endast fråga lite hur Er uppfattning ser ut om Ert samarbete med psykiatrin/socialpsykiatrin. Jag vill ha ett samtal som inte bör ta särskilt lång tid, ställa ca 10 frågor om samarbete.

Tänk på att det är Ni som är experter och inte jag, så den här studien är inte för att "sätta dit" någon utan mer att få veta hur Er arbetsvardag ser ut med fokus på samverkan mellan instanserna.

Som sagt är jag student och Ni skulle göra mig väldigt glad om Ni skulle vilja hjälpa mig till att få en bra uppsats.

Om Ni är intresserad så hade jag tänkt mig få göra en intervju from. 12 april. Ni bestämmer dag och tid (men skulle bli väldigt glad om intervjun kunde göras mellan 12-22 april). En annan viktig sak att framföra är att Ni kommer få vara anonyma, jag kommer inte nämna vilken stadsdelsförvaltning jag har intervjuat.

Dock skulle jag behöva spela in samtalet, men det är mest för att jag ska kunna komma ihåg vad Ni säger och sedan skall bandet kasseras när uppsatsen blivit godkänd. Ingen skall få höra bandet, förutom min examinator om han/hon begär detta (ifall om han/hon kanske inte tror att jag gjort mina intervjuer).

Snälla! Finns det någon som skulle vilja ställa upp?

Med vänlig hälsning

Maria Jäderberg

P.S. Min handledare för den här kursen heter: Anders Lundberg. (vid eventuella frågor till honom, får Ni lov att kontakt honom genom hans e-post.)

Bilaga 2

Intervjuguide till Socialpsykiatri/psykiatri

Bakgrund

1. Skulle du kunna berätta lite kort om dig själv och hur lång tid du har arbetat här?

Samverkan

2. På vilket sätt har du, i ditt arbete, kontakt med psykiatrin/socialtjänsten? Är det en kontinuerlig kontakt? Hur ofta har Ni att göra med varandra? Finns där gemensamma möten eller utbildningar?

3. Vad är bra i Er samverkan med psykiatrin/socialtjänsten? Vad kan bli bättre?

4. När är det som svårast att samarbeta? Vilka är de största bristerna i samarbetet?

5. Hur brukar det hanteras vid situationer då Ni tycker och resonerar olika? (tycker du detta sätt är ett bra sätt?)

6. Vilka gånger tänker Ni som mest olika kring klienter? (kan man urskilja en viss respekt för varandras kompetenser? Om ja, på vilket sätt - går det att utveckla? Finns där några hinder med denna respekt som kan göra klienten ont tror du? Om nej, varför inte?)

7. Vad är styrkan i socialtjänstens/psykiatrins (det andra perspektivets) kompetens?

8. Finns där något som du önskar förändrades, när det gäller samarbetet som du har med psykiatrin/socialtjänsten?

Övrigt

14. Finns det något som Du känner att jag har glömt att fråga om, som du anser kan vara viktig för min studie att känna till eller ta upp?