



Var sin hand – Organisationskulturers betydelse för arbetet med samsjuklighet.

En beskrivning av projektets genomförande och ett diskussionsunderlag för seminarier om samverkan inom berörda organisationer.

Lisa Skogens, Ninive von Greiff och Marianne Paunia

Innehållsförteckning

Bakgrund	3
<i>Bakgrund till projektets initiering</i>	3
<i>Syfte med projektet</i>	5
<i>Vad är samverkan?</i>	6
<i>Sker samverkan?</i>	7
<i>Är samverkan bra?</i>	8
Projektet Var sin hand	10
<i>De deltagande enheternas organisering</i>	10
<i>Projektets fokus och begränsningar</i>	12
Metod och genomförande av projektets första del	12
<i>Fallbeskrivningar som diskussionsmaterial för fokusgruppsintervjuerna</i>	13
<i>Genomförande</i>	13
<i>Analysförfarande</i>	16
Resultat, del 1	16
<i>Erfarenheter av landstingets beroendevård</i>	17
<i>Önskemål avseende landstingets beroendevård</i>	18
<i>Erfarenheter av socialtjänsten</i>	19
<i>Önskemål avseende socialtjänsten</i>	20
<i>Erfarenheter av psykiatrin</i>	20
<i>Önskemål avseende psykiatrin</i>	21
<i>Erfarenheter av husläkarmottagningar</i>	22
<i>Önskemål avseende husläkarmottagningar</i>	23
<i>Generella önskemål och beskrivningar av förutsättningar och hinder för samverkan</i>	24
<i>Brukarnas erfarenheter</i>	24
<i>Brukarnas önskemål</i>	25
DEL II	26
<i>Genomförande</i>	27
Arbetande seminarier: erfarenheter, synpunkter och reflektioner	29
<i>Kommentarer och reflektioner om seminariestrukturen</i>	29
<i>Två empiriska exempel</i>	31
Implikationer för fortsatt samverkan	32
<i>Fortsatta seminarier där materialet från projektet används som underlag</i>	32

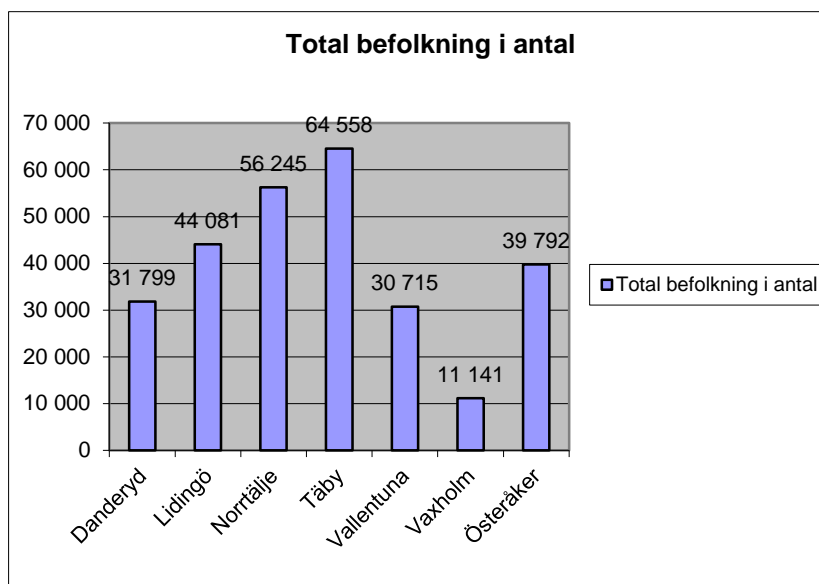
<i>Arbetande seminarier där tvärprofessionella grupper arbetar med vinjetter.</i>	33
<i>Avslutande kommentar</i>	34
Referenser	37
Bilaga 1: Vinjetter	39
<i>Lena 27 år</i>	39
<i>Mats 58 år</i>	39

Bakgrund

Den här rapporten syftar till att beskriva en samverkansmodell som använts i FoU-projektet *Var sin hand*. Beskrivningen består dels av redovisning av de resultat som framkommit i de fokusgruppsintervjuer som genomförts inom ramen för det aktuella projektet och dels av en utförlig beskrivning av tillvägagångssättet i projektets samtliga delar; planering och genomförande av fokusgrupper, bearbetning av material, redovisning och praktisk användning av resultaten i form av arbetande seminarier. Förhoppningen är att rapporten därför kan vara av intresse inte bara för de enheter och brukare som deltagit i det aktuella projektet utan även för andra organisationer och arenor där samverkan är ett prioriterat arbete.

Projektet har genomförts inom FoU Nordost i Stockholms län. FoU Nordost ägs av kommunerna Vaxholm, Danderyd, Täby, Norrtälje, Vallentuna, Lidingö och Österåker. Det sammanlagda invånarantalet i kommunerna är knappt 280 000 och varierar mellan drygt 11 000 (Vaxholm) och drygt 64 000 (Täby) (se tabell 1).

Tabell 1. Befolkning i nordostkommunerna.



Källa: SCB, befolkning 31 december 2011

Bakgrund till projektets initiering

År 2007 gav Socialstyrelsen för första gången ut gemensamma riktlinjer till kommun och landsting för arbetet med missbruks- och beroendevården i Sverige ("Nationella riktlinjer för missbruks och beroendevård" 2007-102-1). Man kunde konstatera att det fanns stora skillnader i traditioner, kompetenser och synsätt mellan de olika huvudmännen. Syftet med riktlinjerna var bland annat att etablera en gemensam, evidensbaserad kunskapsgrund. Ett av delmålen med detta var att öka möjligheterna för samverkan eftersom målgruppen är komplex och ofta har behov av

insatser från olika aktörer. Fungerande samverkan ses som en förutsättning för att hålla samman vårdkedjorna och för att undvika att den enskilde hamnar ”mellan stolarna”.

År 2009 startade FoU Nordost ett implementeringsarbete av riktlinjerna genom projektmedel från Länsstyrelsen ”Ett kontrakt för livet”. Beroendevården, socialtjänsten, psykiatri, husläkarmottagningar och kriminalvården bjöds in till fem arbetande seminarier i respektive kommun under 2009 och våren 2010 (sammanlagt hölls trettio tre seminarier). Deltagandet var stort och representationen från de olika aktörerna god med undantag från husläkarmottagningar. Arbetet planerades och följdes upp regelbundet av en styrgrupp bestående av representanter från nämnda organisationer och FoU Nordost. På begäran av styrgruppen erbjöds varje kommun ytterligare två seminarier med valfritt lokalt fördjupningsområde under hösten 2010. En genomgång av riktlinjerna samt en kortare processövning genomfördes också i de sju socialnämnderna samt i Landstingets norra hälso- och sjukvårdsstyrelse.

Sveriges kommuner och landsting, SKL, har genom projektet ”Kunskap till praktik” sedan 2008 arbetat med att utveckla den svenska missbruks- och beroendevården. Målsättningen är att skapa långsiktigt stabila förutsättningar för en evidensbaserad praktik. Våren 2009 fanns möjlighet för kommun och landsting i Stockholms län att söka projektmedel hos ”Kunskap till praktik” via Kommunförbundet i Stockholms län, KSL, och Hälso- och sjukvårdsnämnden i Stockholms län, HSN, för implementering av Stockholms läns policy för missbruks- och beroendevård¹. FoU Nordost gjorde tillsammans med nordostkommunerna en ansökan och beviljades medel. Syftet var att få en naturlig fortsättning på den implementeringsprocess som redan påbörjats genom erhållna medel från Länsstyrelsen, i första hand genom att utveckla och bilda lokala samråd i varje kommun och genom att utforma och bredda samverkansavtal för missbruk och beroende.

Under arbetets gång med såväl seminarier som det strukturella arbetet framkom exempel på att förväntningarna på varandras arbetsuppgifter och mandat påverkar samverkan i praktiken; uppfattningar om ”de andras” arbetsuppgifter och mandat, som inte alltid stämt överens med den konkreta situationen, lyftes, diskuterades och byttes därför ut mot kunskap om detsamma. Följden av detta är att förståelsen har ökat och att hindren för samarbete minskat betydligt. Omvänt kan konstateras att bristen på kunskap om de olika organisationernas villkor och möjligheter riskerar att fyllas ut av outtalade uppfattningar om både möjligheter och begränsningar i arbetet. I förlängningen kan denna typ av uppfattningar leda till ett syndabockstänkande; att det är brister hos ”de andra” som är anledningen till svårigheter i samverkan. Ovanstående exemplifierar hur ökad kunskap om varandras yrkesområden underlättar samverkan vilket bör få konkreta effekter för den enskilde brukaren.

¹ Policy för att förebygga och behandla missbruk och beroende, samverkan mellan kommunerna och landstinget i Stockholms län.

En god samverkan behöver inte alltid betyda att man utför det konkreta arbetet tillsammans. Det kan lika gärna innebära att ha förtroende för och kunskap om gränserna för varandras mandat och uppdrag (vilket naturligtvis gäller både för professionella och brukare). Återkoppling och vetskap om vem som ”håller i taktpinnen” är en förutsättning för att förtroende för varandra ska kunna upprätthållas och för att inte brukaren ska falla mellan stolarna. Kanske behövs ett mer nära samarbete eller att någon annan av parterna tar huvudansvaret i nästa fas, allt utifrån brukarens behov.

Åtskilliga forskningsresultat inom psykoterapi (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Beutler et al., 2004) och missbruksforskning (Babor & Del Boca, 2003) framhåller att ett av de tydligaste villkoren för att förändring ska äga rum är en fungerande relation (allians) mellan brukare – professionell. Det goda bemötandet och den fungerande relationen kan även antas vara ett villkor för den professionella strukturen, det vill säga att olika organisationers förtroende för och bemötande av varandra är avgörande för hur brukaren blir bemött.

Vikten av sammanhängande vårdkedjor påtalas både i Socialstyrelsens riktlinjer för missbruks- och beroendevård och Stockholms Läns policy kring samma frågor. Detta förtydligas även i det tillägg som gjordes 1 januari 2010 i Hälso- och sjukvårdslagen samt Socialtjänstlagen angående gemensamma överenskommelser om samarbete och gemensam individuell planering utifrån den enskildes behov mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Mot bakgrund av ovanstående syftar föreliggande projekt till att (del I) undersöka förutsättningarna för och (del II) förstärka möjligheterna till fungerande samverkan. Projektet ska ses som ett led i det fortsatta arbetet i enlighet med den påbörjade processen i de sju nordostkommunerna samt de nya bestämmelserna i Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen. Den aspekt som har saknats i de arbetande seminarierna och som kommer att tillföras i projektet är brukarnas perspektiv på de olika organisationernas arbetsuppgifter och mandat. Vilka förväntningar och förhoppningar har brukare på de organisationer som finns tillgängliga?

Intentionen är att skapa en utökad kunskapsbas för samverkan, att tydliggöra de olika organisationernas ansvarsområde och att pröva arbetande seminarier som samverkansmodell inom ordinarie verksamheter. Projektet är begränsat till personer med samsjuklighet i form av psykisk funktionsnedsättning och missbruksproblematik.

Syfte med projektet

Projektet består av två delar och syftar dels till att i del ett inventera a) brukarnas förväntningar och förhoppningar på tillgängliga organisationer och b) de professionellas förväntningar och förhoppningar om varandra som samarbetsparter. Inventeringen förväntas synliggöra de kunskapsbehov som finns för att skapa en gemensam plattform för samverkan som fokuserar på

brukarens behov. Projektets andra del syftar till att pröva en modell för verksamhetsutveckling inom och mellan de deltagande organisationerna.

Vad är samverkan?

Samverkansbegreppet är mångtydigt och komplext (se t ex Axelsson och Bihari Axelsson 2007, Eliasson 2010) och det är svårt att finna en avgränsad definition av begreppet samverkan. Danermark (2003) har i ett försök definierat det som *medvetna målinriktade handlingar som utförs tillsammans med andra i en klart avgränsad grupp avseende ett definierat problem och syfte* (s.15). I tidigare forskningsgenomgångar har begreppet använts för sådant som har att göra med mer varaktiga relationer, med viss grad av formalisering och med någon form av explicit syfte (Mallander 1998). Vidare har samverkans-begreppet skiljts från konsultation eller samordning, där olika myndigheters arbete koordineras eller adderas och från konsultation, där en yrkesgrupp i en organisation gör insatser för en annan organisation samt integration, där verksamheter slås samman (Danermark & Kullberg 1999).

Inom välfärdsområdet ska aktörerna samverka med brukare. Denna form av samverkan skiljer sig väsentligt från samverkan inom andra områden, främst genom att i välfärdsområdets samverkan kring brukares re/habilitering konkurrerar ofta olika yrkesgrupper, dels om vad som är problemet, dels om hur det ska angripas (Danermark 2000).

Bergmark & Lundström (2005) sammanfattar att svårigheter som rapporteras från samverkansprojekt ofta handlar om olikheter i målsättningar, skilda professionella kulturer och asymmetriska relationer mellan de samverkande yrkesgrupperna. Andra faktorer som lyfts fram är ekonomiska konflikter, dåligt motiverad personal samt olikheter i hierarkier och beslutstruktur. Listor och råd över faktorer som bör föreligga för lyckad samverkan utgörs ofta av motsatserna till det som identifieras som hinder, d.v.s. de framhåller nödvändigheten av gemensamma tydliga målsättningar, motiverad personal, jämlika relationer mellan inblandade grupper o.s.v. (Bergmark & Lundström 2005). De punkter som Danermark (2003) sammanfattar, utifrån lång erfarenhet av forskning om samverkan, är ett exempel på detta. Danermark menar att det finns en rad nödvändiga strukturella förutsättningar för samverkan som summeras under följande punkter:

- att samverkan har en tydlig och klar ledning
- att samverkan har ett klart uttalat mål
- att tillräckliga resurser ställs till förfogande
- att skillnaderna mellan de samverkande avseende synsätt, organisation och regelverk har identifierats
- att hindrande skillnader undanröjts eller om detta inte går, sätt att hantera dem utvecklats

I en studie inom föreliggande projekts geografiska område, FoU Nordost, studerades samverkan mellan landstingets psykiatri och kommunal socialtjänst (Matscheck 2011, Matscheck &

Axelsson, 2013). I studien framhålls att centrala förutsättningar för samverkan inte bara inkluderar skrivna dokument och överenskommelser på organisatorisk nivå utan att skapandet av arenor för möten på alla nivåer inom och mellan organisationer är av stor betydelse. I beskrivningen av hinder för samverkan lyfts ekonomiska förutsättningar fram. Ett konkret exempel är att vårdgivare inte kompenseras ekonomiskt för tid som läggs på samverkan såsom möten med andra professionella enheter.

Sker samverkan?

I en studie av Bergmark och Lundström (2005) där 100 av Sveriges kommuner undersöktes framkom att institutionaliserad samverkan, definierad som ovan och med två eller flera parter involverade, är vanligt förekommande inom kommunernas individ- och familjeomsorg. Talen var dock högre inom barn/ungdomsvård och ekonomiskt bistånd än inom missbruksvård. De vanligaste parterna som missbruksvården samverkade med var försäkringskassan, arbetsförmedlingen, psykiatrin och frivilligorganisationer.

I en tillsyn som Socialstyrelsen gjort inom missbruks- och beroendevården under åren 2008-2010 (Socialstyrelsen 2011) konstateras att de olika organisationsformer som finns av missbruks- och beroendevården i olika regioner och län också medför ett varierat behov av samverkan. Ungefär två tredjedelar av beroendevårdens verksamheter angav att vårdgivaren hade gett direktiv om samverkan med andra aktörer och verksamheter. I ungefär lika många fall hade vårdgivaren gett direktiv till husläkarmottagningen om samverkan. Ca hälften av verksamheterna angav också att överenskommelser fanns mellan husläkarmottagning och beroendevård om vilka fördelningsprinciper som gällde angående var patienter skulle vårdas. De intervjuade på vårdcentralerna beskrev samarbetsproblem med de psykiatriska klinikerna och ibland med beroendeklinikerna. Dessa beskrevs till viss del bero på otydliga uppdrag som gav möjligheter till olika tolkningar av ansvarsfördelning. Resursbrister inom psykiatrin angavs också. Husläkarmottagningarnas företrädare angav att det fanns en väl fungerande samverkan med socialtjänsten (a.a.).

Socialtjänstens kontakter med interna och externa aktörer uppfattas i Socialstyrelsens rapport som relevanta och tillräckliga i de flesta fall. I några fall fanns dock brister i samverkan mellan socialtjänstens olika verksamhetsgrenar och vissa svårigheter med att etablera kontakt med psykiatrin rapporteras.

Socialstyrelsen menar vidare att resultatet av tillsynen visade på stora fördelar med integrerade verksamheter, d.v.s. mottagningar som drevs av både landsting/region och kommunerna. De integrerade verksamheterna hade ofta ett brett utbud av insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst och innebar ofta att besökarna kunde få samtida insatser vilket man menar minskar risken för att besökarna inte får sina behov tillgodosedda.

Generellt konstateras i rapporten att hälso- och sjukvården inte hade svårt att samverka med socialtjänsten, utan samarbetsproblemen fanns i första hand internt i hälso- och sjukvården. Det kunde till exempel vara oklart vilka patienter som var psykiatrins ansvar och vilka som var husläkarmottagningens och beroendemottagningarnas ansvar. Vidare framhålls att samarbetsavtal och överenskommelser mellan huvudmän har stor betydelse för hur väl personernas behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodosågs, och för att det fanns tillräckliga resurser. Socialstyrelsen menar också att det var uppenbart att verksamheter som erbjöd både socialtjänst och hälso- och sjukvård underlättade för enskilda att få samtida insatser när det behövdes.

Är samverkan bra?

Som konstaterats tidigare i föreliggande rapport finns en uppslutning kring att samverkan inom det aktuella området generellt är positivt för brukare och professionella aktörer. Det kan betraktas som ett underliggande axiom att samverkan har denna positiva innebörd. Det är inte svårt att hålla med om att det verkar rimligt att instanser som arbetar med personer med multifaktoriella problem också samverkar och samarbetar i arbetet riktat mot personernas problem men fortfarande finns ganska få studier som kan visa konkreta effekter av samverkan.

Fallgropar och hinder som försvårar samverkan inom välfärdsområdet finns relativt välbeskrivna och det finns också flera rapporter som beskriver att samverkan i praktiken inte fungerar tillfredställande (Eliasson 2010). Däremot är det svårt att studera faktiska effekter av samverkan och om det är kostnadseffektivt att samverka. Några exempel kan hittas. I en svensk studie undersöktes sambandet mellan kommuner som samverkar med anmälningspliktiga professioner (polis, BVC, PBU/BUP, skola, etc.) (Wiklund 2007). Det aggregerade utfallet gav ett negativt samband mellan samverkan och antalet barnavårdsanmälningar. Resultatet indikerar att samverkan inte leder till ökande anmälningsfrekvenser och därmed inte bidrar till något som varit målsättningen för ökad samverkan; tidiga interventioner. Wiklund understryker dock att det behövs vidare forskning för att studera samverkans betydelse för identifiering av utsatta barn och ungdomar (Wiklund 2007).

I utredningen om samverkan i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen redovisas en makroekonomisk studie av de totala samhällsekonomiska effekterna (SOU 2000:78). Studien inkluderade effekter för sjukvården, socialtjänsten, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, arbetsgivaren och den enskilde. Resultatet visar entydigt att det är samhällsekonomiskt lönsamt med framgångsrik rehabilitering. Studien bygger på beräkningar av avancerade modeller där realistiska fallbeskrivningar används dels för att redovisa samhällets totala kostnader för en målgrupp, dels för att identifiera och analysera effekter av ökad samverkan.

I en studie som baserar sig på ”verkliga” brukare och faktiska uppgifter ur journaler, akter, arkiv och register utvärderades ekonomiska effekter av personliga ombud i Kristianstad och Lund (Nilsson & Wadeskog 2004). Resultaten bekräftar de generella slutsatser som dragits från studien

med fiktiva fallbeskrivningar. I Socialstyrelsens skrift om samverkan i rehabilitering (Socialstyrelsen 2008) där resultatet från både den fiktiva fallbeskrivningen (SOU 2000:78) och Nilsson & Wadeskogs (2004) utvärdering diskuteras påstår Socialstyrelsen att de offentliga kostnaderna för målgrupperna minskar väsentligt om sjukvård och socialtjänst med flera samverkar. Man menar dock att det finns ett tidsspann mellan investering (samverkan) och kostnadsminskning och det verkar generellt vara så att landstingets kostnadsbesparingar är större än kommunernas.

En annan studie som berör projektets aktuella målgrupp och som relaterar till behovet av samverkan är den studie av mångbesökare inom landstingets specialiserade beroendevård som genomförts i Stockholm på uppdrag av SKL och Beroendecentrum Stockholm (Norman et al, 2012). Där genomfördes en kartläggning av 17 mångbesökare på beroendevårdens sjukhusbaserade akutmottagning i Stockholms län (BAS). Mångbesökare definierades som personer som besökt beroendeakuten minst 10 gånger det senaste året, eller varit inlagd i slutenvård vid minst 4 tillfällen och kartläggningen omfattade patienternas konsumtion av somatisk, beroendepsykiatrisk och allmänpsykiatrisk slutenvård och öppenvård samt socialtjänst under 12 månader. Kostnader för vård- och hjälpinsatser och läkemedel beräknades. Intervjuer utfördes enskilt med patienterna gällande livssituation, erfarenheter av vård och stöd samt patienternas egen uppfattning om sina behov. Även anhöriga intervjuades. I studien konstateras att gruppen mångbesökare är litet till antalet men vården och insatserna för gruppen är omfattande. Framst berörs beroendevården, socialtjänsten och den somatiska vården medan allmänpsykiatriens resurser används i mindre omfattning. Flertalet av patienterna i studien har komplexa vårdbehov på grund av psykisk sjukdom, missbruk och andra somatiska sjukdomar. Patienterna är därför i behov av stöd i sitt dagliga liv. Deras situation kräver också integrerade, alliansskapande insatser under lång tid. Dessutom behöver patienten involveras mer i den egna vårdplaneringen. Studien visar att just samordning, vårdkedja och delaktighet brister. Många av de intervjuade patienterna berättade att de inte kände sig hörda eller respekterade i de vårdmiljöer som erbjudits. I rapporten poängteras att det är väl känt att det kan ta lång tid att bygga upp förtroendefulla relationer och allians innan själva vårdarbetet för beroendeproblem respektive psykiatriska problem kan få effekt. De ofta splittrade och kortsiktiga vård- och stödinsatserna som framkom i kartläggningen försvårar utvecklandet av denna typ av långsiktiga allianser mellan patient och vårdgivare (Norman et al, 2012). Metodiken som användes i studien kallas Mångbesökarmodellen och är en anpassning av den metodik som använts i en uppföljningsstudie av vård och omsorg för multisjuka äldre i Gävle år 2008-2010 (Gurner et al 2010).

Metoden används också i ett pågående projekt där SKL slutit en överenskommelse med FoU Södertörn att under åren 2011-2013 fortsätta arbetet med att anpassa Mångbesökarmodellen till missbruksområdet, och även att handleda fem FoU-miljöer som ska använda modellen i sina respektive regioner. Idén bakom Mångbesökarmodellen är att beskriva hur systemet fungerar med utgångspunkt från detaljerade beskrivningar av ett antal konkreta fall. I projektet planeras således att göra kartläggningar enligt samma modell av cirka 20 personer ur den utvalda

målgruppen och i sex län. Modellen kommer att utvecklas, bland annat för att göra beräkningar för socialtjänstens kostnader utöver endast direkta vårdinsatser ("placering") till exempel kostnader för bedömning, utredning och vårdplanering (muntlig kommunikation, Åsa Bringlöv, FoU Södertörn). När själva kartläggningen är gjord är intentionen att man genom att jämföra bilden av individens samlade behov med bilden av samhällets insatser ska kunna identifiera systemhinder i vård- och omsorgssystemet kring den enskilde. Svarar insatserna mot målgruppens problem och behov? Var finns bristerna i systemet? Vad i processen driver upp kostnaderna? Fallbeskrivningarna kan fungera som "gemensamma kartbilder" för de olika aktörerna kring mångbesökarna i arbetet med att finna lösningar som ger en bättre och mer samordnad vård och omsorg samt en mer effektiv resursanvändning (intern projektbeskrivning samt muntlig kommunikation, Åsa Bringlöv, FoU Södertörn).

Projektet Var sin hand

De deltagande enheternas organisering

Kommunförbundet Stockholms Län (KSL), kommunerna och Stockholms läns landsting har tagit fram en gemensam policy "Policy för att förebygga och behandla missbruk och beroende", 2008, (missbrukspolicyn). Den är antagen av samtliga kommuner i länet och av Stockholms läns landsting. Policyn utgår från Socialstyrelsens nationella riktlinjer men framförallt från de behov och utmaningar som finns i Stockholms län. Syftet med policyn är att förtydliga och förbättra samverkan mellan huvudmännen.

För utvecklandet av länets förebyggande arbete och missbruks-/beroendevård finns ett regionalt samråd med chefstjänstemän från kommunerna, landstinget, privata vårdgivare och Kriminalvården. I de sju nordostkommunerna finns i enlighet med länets policy för missbruks- och beroendevård även lokala råd. Tanken är att de olika huvudmännen på lokal nivå ska skapa en långsiktig hållbar struktur så att kommunen och lokal hälso- och sjukvård tar gemensamt ansvar för utvecklingen av det lokala förebyggande arbetet och den lokala missbruks- och beroendevården. En genomförandeplan har upprättats i varje kommun som en hjälp och ett stöd för arbetet i det lokala samrådet.

I kommunerna Vaxholm och Danderyd har man ett gemensamt lokalt råd.

Sammansättningen i råden ser lite olika ut beroende på kommun, men beroendevården (begreppet beroendevård avser i rapporten landstingets beroendevård, dvs. beroendecentrum inom Stockholms läns landssting), socialtjänsten, psykiatrin och kriminalvården finns representerad i alla lokala råd. Husläkarmottagningen finns representerad men i några kommuner representerar man bara sin egen husläkarmottagning, i en kommun har man åtagit sig ett "informationsansvar" till andra mottagningar i kommunen. I en kommun finns en bredare representation i det lokala rådet där även exempelvis skolan ingår i det lokala rådet.

Här nedan följer en sammanställning av resurserna i varje kommun. Både myndighetsutövare, chefer och utförare/behandlare är inräknade i socialtjänstens resurser.

I Danderyds kommun arbetar fem personer hos socialtjänsten inom missbruksområdet, vid tidpunkten för projektet fanns en integrerad beroendemottagning för kommunerna Danderyd och Vaxholm där det förutom Danderyds kommuns medarbetare fanns personal från beroendecentrum. I kommunen finns också en psykiatrisk öppenvårdsmottagning och sex husläkarmottagningar, varav två drivs i privat regi.

I Vaxholm arbetar en person (exklusive chef) inom missbruksområdet. Beroendemottagningen för kommuninnevånarna i Vaxholm var vid tidpunkten för projektet lokaliserad till Danderyds beroendemottagning. I Vaxholms kommun finns en husläkarmottagning som drivs i privat regi. De kommuninnevånare som behöver komma i kontakt med öppenpsykiatri hänvisas till den öppenpsykiatriska mottagning som finns i Mörby, Danderyds kommun.

I Lidingö Stad arbetar nio personer hos socialtjänsten inom missbruksområdet, i kommunen finns en integrerad mottagning där det förutom kommunens medarbetare finns personal från beroendecentrum. I kommunen finns också en psykiatrisk öppenvårdsmottagning. I Lidingö stad finns fem husläkarmottagningar varav en drivs i landstingets regi.

I Täby kommun arbetar 22 personer hos socialtjänsten inom missbruksområdet, i kommunen finns en integrerad mottagning där det förutom kommunens medarbetare finns personal från beroendecentrum. I kommunen finns en psykiatrisk öppenvårdsmottagning. I Täby kommun finns sex husläkarmottagningar varav en drivs i landstingsregi.

I Vallentuna kommun arbetar åtta personer hos socialtjänsten inom missbruksområdet, i kommunen finns en integrerad mottagning där det förutom kommunens medarbetare finns personal från beroendecentrum. I kommunen finns en psykiatrisk öppenvårdsmottagning. Det finns fyra husläkarmottagningar i kommunen varav en drivs i landstingsregi.

I Österåkers kommun arbetar åtta personer hos socialtjänsten inom missbruksområdet, i kommunen finns en integrerad mottagning där det förutom kommunens medarbetare finns personal från beroendecentrum. I kommunen finns en psykiatrisk öppenvårdsmottagning. I kommunen finns tre husläkarmottagningar vilka alla drivs i privat regi.

I Norrtälje kommun arbetar sex personer hos socialtjänsten inom missbruksområdet, i kommunen finns en beroendemottagning och en psykiatrisk öppenvårdsmottagning som lyder under

Tiohundraförvaltningen². I kommunen finns åtta husläkarmottagningar varav två drivs i privat regi.

Projektets fokus och begränsningar

Inom projektet har de organisatoriska förutsättningarna inte kartlagts utöver den beskrivning som givits ovan. Inom projektgruppen finns dock en långvarig erfarenhet av och insyn i arbetet inom det område där projektet genomförts, både som chef och handläggare inom socialtjänsten samt som medarbetare på FoU-enheten. Det är vår uppfattning att de aktuella enheterna liksom på de flesta andra liknande enheter inom landet lider av resursbrist men också att det finns möjligheter till samverkan. Till exempel finns på flera ställen den typ av integrerade verksamheter som Socialstyrelsen i den tillsyn som kort beskrivits ovan framhållit som fördelaktigt för möjligheter till samverkan (Socialstyrelsen 2011). Ett engagemang för samverkansfrågor har också kommit till uttryck i det aktiva deltagande som de olika aktörerna, med undantag för husläkarmottagningar, visat vid de arbetande seminarier som genomförts under implementeringen av riktlinjerna för missbruks- och beroendevården i Sverige. Vidare pågår parallellt med detta projekts genomförande arbetet med att ta fram och revidera samverkansavtal mellan kommun, landsting och kriminalvård. Det arbetet bedrivs inom de lokala samråden.

Som redan beskrivits inledningsvis är idén och utformningen av föreliggande projekt sprungen ur ovanstående utvecklingsarbete som bedrivs i deltagande enheter. Projektet kan sägas fokusera på att bidra till det som i Danermarks (2003) lista ovan över nödvändiga strukturella förutsättningar för samverkan benämns: *att skillnaderna mellan de samverkande avseende synsätt, organisation och regelverk har identifierats och att hindrande skillnader undanröjts eller om detta inte går, sätt att hantera dem utvecklats.*

Metod och genomförande av projektets första del

Projektet har genomförts i två delar där den första delen bestått av formulering av underlag för fokusgruppsintervjuer samt genomförande och analys av intervjuer. Under utformningsfasen har projektet presenterats vid ett tillfälle med Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH) samt vid två tillfällen på Kunskap till praktiks Brukarråd³. Vid första tillfället presenterades projektidén i syfte att få rådets synpunkter på densamma. Både RSMH och Brukarrådet ställde

² Vårdbolaget ägs till lika delar av Stockholms läns landsting och Norrtälje kommun via ett särskilt kommunalförbund.

³ Enligt sammanfattning från möte med Brukarrådet är dess övergripande roll att ta del av olika planer för utvecklingsarbetet i Kunskap till praktik och kunna lämna synpunkter och förslag på förändringar.

(http://kunskaaptillpraktik.skl.se/nyhetsarkiv/nyheter_2008_1/sammanfattning_av_mote_med_kunskap_till_praktiks_brukarrad_den_13_november_1) 2012-08-07

sig mycket positiva till projektets utformning och mål och önskade att hållas fortsatt informerade. Vid det andra tillfället på Brukarrådet presenterades den färdiga projektplanen.

I den andra delen av projektet återfördes resultatet från del ett till samarbetsparterna i form av tvärprofessionella, arbetande, seminarier.

För att förankra projektet inom de organisationer som det riktar sig till har projektet beskrivits, både formellt och under mer informella former, då tillfälle för det bjudits. Exempelvis har en av medarbetarna i projektet också deltagit i de seminarier som ingått i arbetet med riktlinjer för missbruks och beroendevård och där kunnat beskriva projektet. Andra tillfällen har givits vid möten för FoU:s styrgrupp där de deltagande organisationerna ingår, i lokala råd och andra typer av arbetsgrupper.

Fallbeskrivningar som diskussionsmaterial för fokusgruppsintervjuerna

Under våren 2011 började arbetet med att skissera fallbeskrivningar som skulle användas som diskussionsunderlag för fokusgruppsintervjuerna. Den projektmedarbetare som skisserade beskrivningarna har mycket lång erfarenhet inom socialtjänstens arbete med missbruksvård, både som handläggande socialsekreterare och som chef inom området. I och med detta fanns en stor förtrogenhet om hur fallen kunde utformas dels för att vara verklighetstroga men också för att utgöra beskrivningar där åtgärder och insatser kunde vara relevanta för alla de berörda organisationerna som skulle delta i fokusgruppsintervjuerna. För ytterligare validering diskuterades skisserna med andra professionella samt vid två tillfällen med representanter från brukarorganisationerna Verdandi och Riksförbundet för Rättigheter, Frigörelse, Hälsa och Likabehandling (RFHL). De slutliga fallbeskrivningar som användes finns i bilaga 1.

Genomförande

Två fokusgruppintervjuer planerades i varje arbetsgrupp inom socialtjänst, beroendecentrum, psykiatri, husläkarmottagning/vårdcentral samt två fokusgruppintervjuer med brukare. De kriterier som användes för urval av vilka arbetsgrupper som skulle tillfrågas om deltagande var dels att de skulle arbeta inom FoU Nordosts område och dels ha en personalgrupp om minst tre personer för att en fokusgruppsintervju skulle kunna genomföras. Eftersom kommunerna inom området har ganska olika karaktär i form av tätortsbetonade eller glesbygdsbetonade områden skulle båda dessa strukturer finnas representerade.

Inför fokusgruppintervjuerna med de professionella skickades en inbjudan, där projektet presenterades kort och där varje arbetsgrupp bjöds in till att delta i en fokusgrupp, till respektive verksamhet under våren 2011. Inbjudan mailades till ansvarig på enheten samt till högre chef. Inbjudan efterföljdes av ytterligare påminnelser via mail och telefonsamtal. I vissa fall påmindes även när tillfälle gavs vid olika möten där en av projektmedarbetarna deltagit.

Det var relativt enkelt att få socialtjänsten intresserad av att delta i en fokusgrupp. Att organisera fokusgrupperna krävde dock en del påminnelser och ”pusslande”. I en kommun där socialtjänsten tillfrågades tackade man nej på grund av resursbrist då det var både sjukskrivningar och personalomsättning i personalgruppen.

Beroendevården var också välvilligt inställda till att delta i projektet. Fokusgrupper inom beroendevården var dock något svårare att organisera än socialtjänstens då beroendemottagningarna är bemannade med relativt få personer. På en beroendemottagning löste man det genom att slå ihop personal från två olika mottagningar. På en mottagning kom en föräldraledig personal in och deltog i intervjun.

Tre enheter inom PRIMA vuxenpsykiatri tillfrågades, varav två tackade ja.

Fokusgrupper med representanter från husläkarmottagningar var svårast att organisera. Tre husläkarmottagningar tillfrågades, en mottagning svarade överhuvudtaget inte på inbjudan trots flera påminnelser. På en mottagning tog verksamhetschefen upp frågan om ersättning för att vara med i fokusgrupp, hon ville bli kontaktad senare. Efter ett antal misslyckade kontaktförsök med den mottagningen beslutades att inte gå vidare med denna. En fokusgrupp inom primärvården genomfördes. Det är projektets uppfattning att flera av de husläkarmottagningar som har kontaktats har beskrivit att de har mycket svårt att avsätta tid till att delta i fokusgruppsintervjuer utan att få ersättning för den missade tid för patientbesök som deltagande innebär. Den intervju som genomfördes möjliggjordes genom att delar av personalen ställde upp utanför arbetstid med anledning av att man fann samverkansfrågor mycket viktiga och också bedömde projektet som viktigt i detta hänseende.

Brukarna rekryterades via de professionella. Deltagare till brukarintervjuerna rekryterades via enheter inom socialtjänsten, psykiatri och beroendeenheter på så sätt att personal inom dessa enheter tillfrågades om de bland sina aktuella och tidigare patienter/klienter bedömde att det fanns personer med erfarenheter av att vara patient/klient hos minst två av de aktuella organisationerna samt som kunde tänkas vara intresserade av att delta och som bedömdes kunna delta i en fokusgruppintervju. Ett informationsbrev till personal inom beroendevård, socialtjänst och PRIMA öppenpsykiatri skickades till några av de olika samlokaliserade beroendemottagningar och till PRIMA öppenpsykiatri samt ett informationsbrev med en kort beskrivning av projektet, betydelsen av deras medverkan och uppgifter om oss som kunde delas ut till tillfrågade brukare.

Vid de två inledande intervjuerna deltog alla tre projektmedarbetarna för att bli väl förtrogna med intervjuförandet. Vid de efterföljande intervjuerna deltog två projektmedarbetare. En projektmedarbetare fungerade som moderator och den andra hade en mer passiv roll men ställde följdfrågor under diskussionen. Vid två tillfällen deltog också en praktikant från socionomutbildningen vid intervjun.

Intervjuerna inleddes med att moderatören kort informerade om projektet och dess syfte samt introducerade intervjuens struktur. Deltagarna informerades om att deras medverkan var frivilligt och de hade rätt att när som helst avbryta sin medverkan. De försäkrades om anonymitet både avseende dem som individer och möjligheten att identifiera vilken specifik enhet de kom ifrån. Avsikten med detta var att möjliggöra för deltagarna – såväl personal som brukare - att mer fritt kunna formulera önskemål och erfarenheter. Därefter fick deltagarna läsa igenom de två fallbeskrivningarna. Vid personalintervjuerna användes *cirkulära frågor*, d.v.s. deltagarna ombads att diskutera hur de tror att *övriga* instanser, d.v.s. samverkanspartners, skulle agera (föreställningar och erfarenheter av faktiskt agerande) i den typ av fall som beskrivningarna utgör samt hur man *önskar* att de *skulle* agera (föreställningar om samarbetsparternas uppgift/uppdrag/möjligheter). Deltagarna instruerades att de beskrivna fallen skulle ses som ett stimulansmaterial för diskussionen. Det innebär att de kunde använda de konkreta fallen men om de tyckte att det var mer relevant att basera diskussionen på egna erfarenheter gick det lika bra.

Avsikten var att göra två fokusgruppintervjuer med brukare. Vid det första tillfället kom tre av de fyra som tackat ja (en fick förhinder i sista stund) och intervjun genomfördes som planerat. Till den andra fokusgruppintervjun var tre deltagare anmälda, men då endast två kom på utsatt tid genomfördes en intervju med dessa två. Den tredje deltagaren hade missuppfattat tiden och kom därför en timme senare. Eftersom intervjupersonen hade stort intresse av att delta och inte hade något emot att delta i en enskild intervju, genomfördes en sådan. Av förklarliga skäl fick intervjuförfarandet anpassas efter antal deltagare. Även om olika tekniker användes och möjligheter till gruppdiskussion minskade med antalet deltagare genomfördes intervjuerna enligt samma grundstruktur (se nedan).

Vid brukarintervjuerna används samma fallbeskrivningar som underlag men diskussionen berör där förstås föreställningar om, erfarenheter av och förväntningar på alla professionella parter. Intervjuerna inleddes med en kort muntlig beskrivning av projektet (en skriftlig beskrivning hade delats ut i samband med att brukarna tackade ja till att medverka). Därefter redogjordes för generella etiska principer avseende medverkan i studien, såsom frivillighet och anonymitet. I intervjuer med fler än en deltagare är det särskilt viktigt att betona att alla ansvarar dels för att skapa ett tillåtande klimat under intervjun och dels att personliga erfarenheter inte förs vidare till andra. Vår bedömning är att alla tre intervjuer gav ett rikt material och att deltagarna var engagerade och intresserade av delge sina erfarenheter av och önskemål på samverkan mellan de, för projektet berörda, professionella aktörerna.

Samtliga intervjuer utom en dokumenterades via ljudinspelning efter att intervjudeltagarna givit samtycke till det. Vid en av personalintervjuerna avböjde deltagarna ljudinspelning. Vid det tillfället förde både den mer passiva medarbetaren samt en deltagande socionompraktikant anteckningar under intervjun. Alla intervjuerna varade i ca 60 minuter. I fokusgrupperna med professionella medverkade mellan tre och sex deltagare.

Analysförfarande

Alla inspelade intervjuer transkriberades ordagrant. Vid den intervju där anteckningar gjorts av två personer sammanfördes dessa till en mer läslig text. Transkriberingarna och den skriftliga sammanfattningen av den oinspelade intervjun lästes sedan igenom av alla tre projektmedarbetare och var och en gjorde en första tematisering av materialet. Utifrån dessa teman fördes en gemensam diskussion i projektgruppen som mynnade ut i en matris. I det efterföljande analysarbetet användes matrisen för att sammanställa materialet. Detta gjordes återigen enskilt av alla tre projektmedarbetarna. Figuren nedan visar matrisen för beroendevård:

Beroendevård – vad säger de andra?

	Psykiatri	Socialtjänst	Husläkarmottagning	Beroendevård- om sig själva
Erfarenhet:				
Önskan:				

Gemensamt:

Övrigt:

Efter det jämfördes och diskuterades de enskilda sammanställningarna. Inga innehållsmässiga olikheter mellan hur textmaterialet hade uppfattats fanns mellan de olika sammanställningarna. Ibland fanns dock olika tolkningar angående om uttalanden gäller generellt för alla andra enheter eller är riktat till en specifik enhet. Till exempel punkten ”*Mer hembesök och uppsök om patienter inte kommer*”; här uppfattade någon att önskemålet var specifikt riktat till en av enheterna medan de andra uppfattade det som en generellt riktad önskan. Vissa skillnader framkom i form av att alla i någon mån hade missat att ta fram viktiga punkter från materialet och en diskussion fördes som oftast utmynnade i att dessa punkter tillfördes när de enskilda sammanställningarna sammanfördes i en gemensam matris. I den gemensamma matrisen sorterades erfarenhetspunkterna i negativa, positiva eller neutrala punkter. I ett nästa steg granskades alla punkter och kondenserades på så sätt att de punkter som innehållsmässigt liknade varandra fördes samman.

De slutliga sammanställningarnas syfte är att de ska kunna återge för de aktuella enheterna inom FoU Nordosts område hur respektive enhet uppfattas av de andra samt vilka önskemål som ”de andra” har. De ska därmed kunna fungera som material för de seminarier vars syfte i sin tur är att öka möjligheter till samverkan mellan enheterna. Analysarbetet har därför präglats av en strävan att hålla de slutliga sammanställningarna nära de uttryck och beskrivningar som finns i textmaterialet.

Resultat, del 1

Nedan presenteras sammanfattande matriser över hur de olika enheterna beskrev erfarenheter av respektive önsknings på de övriga enheternas verksamhet och agerande i kontakt med klienter

med problem relaterade till missbruk och psykisk ohälsa. Beskrivningar av erfarenheter handlar om konkreta uppfattningar av hur andra verksamheter arbetar och utgör en grund för möjligheter och hinder för samverkan. Att formulera önskemål avseende andra verksamheter uppfattades inledningsvis av flera som svårt, vilket förmodligen hänger samman med att det är något som sällan görs på ett konkret plan. Det är en sak att ”hitta fel” hos andra och en annan att verkligen tydliggöra på vilket sätt något kan göras på ett annorlunda sätt, förklara hur och varför. Intervjupersonerna instruerades att fritt formulera önskemål om de andra verksamheterna, önskemål som indirekt kunde kopplas till förbättrade förutsättningar för samverkan.

När instruktioner för fokusgrupperna gavs ingick inte att prata om sin egen verksamhet. Men, eftersom enheterna faktiskt gjorde det till viss del valdes att redovisa även de kommentarerna under en egen rubrik i matriserna.

Redovisningen av resultat från intervjuerna med de professionella grupperna avslutas med en beskrivning av mer generella önskemål och beskrivningar av förutsättningar och hinder för samverkan. Beskrivningarna är uppdelade på respektive verksamhet men är inte specifikt riktade till någon av de övriga verksamheterna.

Erfarenheter av landstingets beroendevård

Psykiatri – om beroendevård	Socialtjänst (soc) – om beroendevård	Husläkarmottagning – om beroendevård	Beroendevård – om sig själva
<p>NEGATIVT: *för passiva gentemot klienten *för snävt fokuserade på missbruk, avvisar vissa typer av missbruk (hasch), samverkar ej *samverkan endast baserad på personlig nivå *skriver ej ut ADHD-mediciner</p> <p>POSITIVT: *samarbete med samma tänk och kultur</p> <p>NEUTRALT: *erbjuder medicin, stödsamtal, familjeterapi, anhörig-terapi</p>	<p>NEGATIVT: *tar ej sjukvårdsansvaret (avgiftning) och ger upp; vill att soc behandlingsplaceras. *bara piller *passiva?</p> <p>POSITIVT: *har direkt och regelbunden kommunikation</p> <p>NEUTRALT: *ogillar metadon *utför det soc önskar</p>	<p>*anhöriga stöttas *dimmiga begrepp om vad man gör *samarbetar med soc *ibland har patienten långvariga kontakter</p>	<p>*snävt uppdrag, kräver motiverade klienter.</p>

Den sammanfattande bilden av de andra enheternas erfarenheter av landstingets beroendevård är att det dels är främst psykiatrin och socialtjänsten som uttrycker konkreta erfarenheter av beroendevården och dels att erfarenheterna ger uttryck för en bild av att beroendevården arbetar

för snävt och därmed håller ifrån sig insatser/klienter. Samtidigt är det snäva uppdraget en uppfattning som delas av personal från beroendevården som menar att det ställer krav på att klienterna är motiverade. Det förefaller vara så att erfarenheterna handlar om att beroendevården gör vad de kan inom ramen för det snäva uppdraget och att ”kritiken” handlar om att de andra anser att beroendevården borde kunna bredda sitt uppdrag.

Önskemål avseende landstingets beroendevård

Psykiatri – om beroendevård	Socialtjänst – om beroendevård	Husläkarmottagning – om beroendevård	Beroendevård – om sig själva
<ul style="list-style-type: none"> *mer samarbete *att patienter kan gå både hos psykiatri och beroende samtidigt *måste ha beroende-kontakt för att det ska funka inom psykiatrin 1)drogfri 3 mån 2)screening 3)medicinera mot ADHD * att beroende tar över ADHD-medicin *att beroende har specialistkunskap om dubbeldiagnoser *samordnare *ta initiativ till nätverks-möten *betala för missbruks-behandling *kontakt och uppföljning av både läkare och socionom *att de tar helhetsperspektiv *att det inte är frivilligt att gå till beroendemottagning *mer motivationsarbete *gör orosanmälan (barn som far illa) *mera helhet i människan och inte i flaskan 	<ul style="list-style-type: none"> *att de ska kunna erbjuda fler behandlingsprogram *flera av de provtagningar som soc ber beroende att utföra borde de utföra och bekosta själva *att psykiatri och beroendevård kan jobba parallellt *inventera nätverk *ta emot klienter och avgifta *dela kostnader och ansvar *mer programverksamhet; Återfallsprevention, Hasch-program, KBT-samtal *dela på kostnader 	<ul style="list-style-type: none"> *samarbete och snabbt stöd *tydligare uppföljning *ständig kontakt (ej friskskriva), inte släppa efter avslutad vistelse på behandlingshem *avgiftning *tidigare kontakt och gärna EN kontakt som spindeln i nätet *ApoDos⁴ *vill lära sig mer om hur beroendevården fungerar *konsultationsbesök *mer hjälp kring patienter med läkemedelsberoende 	<ul style="list-style-type: none"> *önskar möten med vårdgrannar på en konkret nivå och inte på organisatorisk nivå

De önskemål avseende beroendevården som formulerades av personal från de andra tre verksamheterna handlade i stor utsträckning om en breddning och utökning av insatser och att

⁴ Apotekets dosexpanderande läkemedel, ApoDos, innebär att läkemedel förpackas och levereras i påsar som innehåller de läkemedel som personen ska ta vid ett och samma tillfälle. Påsarna är märkta med namn, födelsedata, innehåll, datum och klockslag när den aktuella dosen ska tas, vilket minskar risken för feldosering. (www.vårdguiden.se)

den, som det uppfattades och uttrycktes, snäva synen på vilka klienter/patienter som beroendevården tar emot borde vidgas så att fler kan få ta del av beroendevårdens insatser. Psykiatrin uttryckte flest önskemål och dessa handlade generellt om att patienter ska kunna erbjudas parallella insatser, att beroendemottagningen ska ta fler initiativ till insatser och samverka med psykiatrin, att de ska ha ett mer brett synsätt på patienternas problematik men också att de ska dela på kostnader. Även socialtjänsten uttrycker önskemål om att beroendemottagningen ska ha en bredare syn på sitt uppdrag och i större utsträckning dela på kostnader för insatser. Husläkarna uttrycker särskilt önskemål om samarbete och snabbt stöd, men också att beroendemottagningen i större utsträckning kan agera som ”spindeln i nätet”. När personal från beroendemottagningen uttrycker önskemål på den egna verksamheten så handlar det om mer konkreta möten med övriga verksamheter.

Erfarenheter av socialtjänsten

Psykiatri - om socialtjänst	Beroendevård - om socialtjänst	Husläkarmottagning – om socialtjänst	Socialtjänst - om sig själva
<p>NEGATIVT: *olika kulturer försvårar kommunikation *unga handläggare-rutinerade klienter</p> <p>POSITIVT: *mycket att erbjuda; behandlingshem, familjehem, vardagsstöd</p> <p>NEUTRALT: *samarbete, ibland bra, ibland svårt, personbundet</p>	<p>NEGATIVT: *brist på pengar</p> <p>POSITIVT: * bra och regelbundet samarbete (varierar mellan kommuner, personbundet)</p> <p>NEUTRALT: *erbjuder behandlingshem</p>	<p>NEGATIVT:</p> <p>POSITIVT:</p> <p>NEUTRALT: *dimmiga begrepp om vad soc gör</p>	<p>*tar helhetsansvar, sista skydds nätet *vi vill ha klienter psykiatriskt utredda, diagnoser för att kunna ta psykiatrin som gisslan *blir fartblinda *att vi får stå för placering *att dubbeldiagnos är mkt vanliga klienter</p>

Psykiatrin och beroendevården uttrycker flera erfarenheter av socialtjänsten, medan husläkarmottagningarna uttrycker att de inte har någon klar uppfattning om vad socialtjänsten gör. Personal inom psykiatrin beskriver att kulturella skillnader försvårar kommunikationen med socialtjänsten men också att förutsättningar för samarbete är personbundet och därför ibland fungerar väl och ibland inte. Positiva erfarenheter som lyfts fram av psykiatrin är att socialtjänsten har mycket att erbjuda, ett brett utbud av insatser. Beroendevården uttrycker att de har en positiv erfarenhet av samarbete med socialtjänsten och att de erbjuder behandlingshem men beskriver också att ett problem är bristen på pengar. Av socialtjänstens egna beskrivningar av sin verksamhet framgår att de anser sig ha ett helhetsansvar och att de ofta får stå för placeringar. Kommentaren om att klienter som fått en diagnos baserad på psykiatrisk utredning möjliggör att ”ta psykiatrin som gisslan” kan tolkas på olika sätt, dels i ett mer självkritiskt perspektiv som handlar om att diagnostisering ger möjlighet att skjuta över ansvaret för klienter på psykiatrin. Det kan dels tolkas som att diagnostisering ger möjlighet att ”tvinga” psykiatrin att

samarbeta. Den senare tolkningen innebär att kommentaren skulle placeras inom matrisen för önskemål, nedan.

Önskemål avseende socialtjänsten

Psykiatrins önskemål på socialtjänstens insatser är många och handlar i stor utsträckning om ett breddat uppdrag med fler och längre insatser. Mot bakgrund av de erfarenheter som personal inom psykiatrin uttrycker kan en tolkning vara att önskemålen handlar om att de insatser som finns bör utnyttjas i större utsträckning och att en möjlig förklaring till att så inte görs har med resursbrist att göra. Beroendevården uttrycker önskemål om konkreta möten med socialtjänsten medan husläkarmottagningarna önskar att få mer kunskap om hur socialtjänsten arbetar. Socialtjänstens önskemål avseende den egna verksamheten handlar om att de vill kunna erbjuda fler öppenvårdsinsatser och att de önskar mer kunskap om psykiatri.

Psykiatri - om socialtjänst	Beroendevård - om socialtjänst	Husläkarmottagning – om socialtjänst	Socialtjänst - om sig själva
*ta tillvara olika perspektiv *ansvara för vardagen, hemmiljön, aktiviteter *kunskapsutbyte + kontinuerlig kontakt *förlängda behandlingstider *önskar och tror att behandlingshem beviljas *socialpsykiatri *familjehem hos soc *orosanmälan avseende barn tas på allvar *mer insatser specialiserade på neuropsykiatriska funktionshinder *stötta klienter så att de kommer till beroendevård och psykiatri *saknas kunskap om de kognitiva hjälpmedel som finns	*önskar möten med vårdgrannar på en konkret nivå och inte på organisatorisk nivå	*vill lära sig mer om hur soc fungerar *tidigare kontakt	*krav från psykiatri om att mer erbjudas i öppenvård - soc håller med. *behöver mer kunskap om psykiatri

Erfarenheter av psykiatrin

Gemensamt för socialtjänsten och beroendevården är att de uttrycker negativa erfarenheter av att psykiatrin kräver drogfrihet för sina insatser. Socialtjänsten uppfattar även att psykiatrin är för inriktad på symptom och medicinering medan beroendevården har negativa erfarenheter av tidsbrist inom psykiatrin och svårighet att få till stånd gemensamma möten. Samtidigt beskriver både socialtjänsten och beroendevården att de har positiva erfarenheter av samarbete och

samplaceringar. Även husläkarmottagningar uppfattar att psykiatrin är för inriktade på symptom och medicinering. Andra erfarenheter som uttrycks av husläkarmottagningar är att de uppfattar att psykiatrin kräver drogfrihet och inte gör hembesök. De beskriver även att de själva har bristfällig kunskap om hur psykiatrin fungerar. Uppfattningen om att man inom psykiatrin kräver drogfrihet delas av personal inom psykiatrin som också beskriver att de har en helhetsbild men behöver specialkunskaper.

Socialtjänst – om psykiatri	Beroendevård – om psykiatri	Husläkarmottagning – om psykiatri	Psykiatri – om sig själva
<p>NEGATIVT: *kräver drogfrihet *för inriktade på symptom och medicinering</p> <p>POSITIVT: *samplaceringar</p> <p>NEUTRALT: *olika bedömningar av svårighetsgrad *personbunden kontakt</p>	<p>NEGATIVT: *håller ifrån sig missbrukspatienter, kräver drogfrihet och remitterar över *tidsbrist *svårt få till gemensamma möten</p> <p>POSITIVT: *regelbundet samarbete</p> <p>NEUTRALT: *har vidare uppdrag *erbjuder medicin+samtal</p>	<p>NEGATIVT: *för inriktade på symptom och medicinering. *ej hembesök *kräver drogfrihet</p> <p>POSITIVT:</p> <p>NEUTRALT: *okunniga om hur psykiatrin fungerar</p>	<p>*har helhetsbild *kräver drogfrihet *behöver specialkunskaper</p>

Önskemål avseende psykiatrin

Alla verksamheter uttrycker många önskemål om psykiatrin, vilket säkert har flera förklaringar. Socialtjänsten önskar mer samverkan med delat ansvar såväl avseende ekonomi som kontakt och uppföljning av vård på institution och i öppenvård. Vidare uttrycker socialtjänsten önskemål om att psykiatrin borde ha en större helhetssyn och att insatserna ska kunna ske parallellt. Önskan om samtidiga, parallella insatser och ett större helhetsansvar uttrycks även av beroendevården. Likaså önskar beroendevården att läkare inom psykiatrin som sätter in medicin även ansvarar för upp- och nedtrappning samt utsättning. Både beroendevården och husläkarmottagningen önskar att psykiatrin ska göra hembesök. Husläkarmottagningens önskemål handlar generellt om att psykiatrin ska ta ett större helhetsansvar. Personal från psykiatrin uttrycker inga önskemål avseende den egna verksamheten.

Socialtjänst – om psykiatri	Beroendevård – om psykiatri	Husläkarmottagning – om psykiatri	Psykiatri – om sig själva
<ul style="list-style-type: none"> *mer samplaceringar på slutenvård, delad kostnad och ansvar (uppföljning, kontakt med behandlingshem, öppenvård osv.), psykiatridelen in i vårdplanering, samplanering *efter institutionsbehandling -> mer tydligt öppenvårdsansvar, gemensamt socialtjänst + psykiatri *mer helhetssyn, inte så uppdelat, om de ser annan problematik kontakta annan profession. *inga glapp mellan insatser *önskan om att psykiatri finns med parallellt som klienten får hjälp med missbruk *inventera nätverk *skrapa på ytan -> vad är orsak till symptom? *behandla de symptom som kommer upp 	<ul style="list-style-type: none"> *önskan om samtidiga insatser, parallell kontakt *ej skriva ut Bensodiazepiner *gemensamma avstämningsmöten/konferenser där klienten kan diskuteras *inte bara medicin utan även samtal *uppföljning, återbesök, utvärdera/omvärdera medicin *ansvarig läkare ansvarar för insättning, upp- och nedtrappning samt utsättning *hembesök *önskan att doktorerna på beroendevård och psykiatri hade mer kontakt tex via telefon med klienterna *ta sig tid 	<ul style="list-style-type: none"> *hoppas att de har fångats upp tidigt via BUP⁵, sen naturlig övergång till vuxenpsykiatri *bör göra hembesök *bör göra en utredning *när de ställer diagnos bör de ställa frågor för att fånga upp ev andra problem *samordnare på psykiatri som kan bolla vidare till olika utredningsinstanser *samarbete och snabbt stöd *ständig kontakt (ej friskskriva) *ApoDos *vill lära sig mer om hur psykiatri fungerar *konsultationsbesök *att snabbt få stöd av någon som själv har fötterna både i beroendevård och psykiatri *checklista med 10 andra frågor, ej bara ADHD diagnos 	

Erfarenheter av husläkarmottagningar

Generellt kan sägas att psykiatri, beroendevården och socialtjänsten lyfter fram relativt begränsade erfarenheter av husläkarmottagningar. Psykiatri och beroendevården beskriver att husläkarmottagningar lider av tidsbrist och att de remitterar till olika instanser. Psykiatri har goda erfarenheter av när patienter har hjälp av sk. case managers (CM) i sin kontakt med husläkarmottagningar. De uttrycker att ett problem är att husläkarmottagningar inte ser patientens behov. Beroendevården och socialtjänsten lyfter fram det faktum att husläkarmottagningar skriver ut psykofarmaka som problematiskt. Husläkarmottagningen själva beskriver att de har svårt att hantera komplexa ärenden och att de saknar möjligheter att ha ett helhetsgrepp, vilket de anser att dessa patienter/klienter behöver. Av deras beskrivningar framkommer att deras situation är pressad med många personer som ber om starka läkemedel.

⁵ Barn- och ungdomspsykiatri.

Psykiatri – om husläkarmottagningar	Beroendevård – om husläkarmottagningar	Socialtjänst – om husläkarmottagningar	Husläkarmottagning – om sig själva
NEGATIVT: *tidsbrist *ser ej patientens behov POSITIVT: *bra kontakt/samarbete med case manager (CM) NEUTRALT: *remitterar till olika instanser	NEGATIVT: *dålig uppföljning, tidspressade *skriver ut psykofarmaka POSITIVT: NEUTRALT: *remitterar *privata kliniker	NEGATIVT: *skriver ut psykofarmaka POSITIVT: NEUTRALT:	*svårt att hantera komplexa ärenden *gör hembesök *många ringer om starka läkemedel *missbruksmediciner - diskussion varje gång, läkarna hinner ej ringa upp på ett par dagar, patienter ringer igen *vet ej om patienten har kontakt på andra ställen *vi kan inte ta ett helhetsgrepp, sådana här personer behöver helhetsgrepp

Önskemål avseende husläkarmottagningar

Gemensamt för de övriga verksamheternas önskemål på husläkarmottagningar är att det handlar om ett utökat ansvar för medicinering genom att vara mer restriktiv, ha bättre uppföljning och utvärdering av medicinering. Socialtjänsten och psykiatrin önskar att husläkarmottagningar ska utföra mer screening och att kunskapen om även mindre allvarliga problem relaterat till alkohol och narkotika ska öka. Socialtjänsten önskar även att husläkarmottagningen dels ska ta reda på klienternas/patienternas vårdkontakter och dels att de ska bli bättre på att remittera till övriga verksamheter. Husläkarmottagningen å sin sida uttrycker önskemål om mer samarbete och stöd från övriga verksamheter.

Psykiatri – om husläkarmottagningar	Beroendevård – om husläkarmottagningar	Socialtjänst – om husläkarmottagningar	Husläkarmottagning – om sig själva
*säga nej till mediciner *ge recept på intervall *fråga om alkoholvanor *gemensamma möten/ansvar *att husläkaren har kunskap att se drogproblematiken *ta tid att ställa frågor *sjukskrivning från husläkarmottagningar	*inte bara medicin utan även samtalskontakt *återbesök, uppföljning, samtal, utvärdera/omvärdera medicin, den läkare som sätter in en medicin ska fortsätta ansvara för insättning, upptrappning, nedtrappning och utsättning	*mer screening (AUDIT/DUDIT) *orosanmälan *tar ansvar för läkemedel (avgiftning, nedtrappning, uppföljning) *läkarna tar reda på klientens vårdkontakter. *borde fråga om missbruk, få mer kunskap om missbruk (ej bara allvarliga utan även lättare problematik) *skrapa på ytan (orsaker till problem) *bli bättre på att remittera till beroendevård och soc * vända sig till och remittera till psykiatrin	*samarbete önskas med övriga *önskar få snabbt stöd från övriga *att patienter med olika typer av beroende skulle stå på ApoDos, då kan man se vad alla förskriver och alla måste ordina på samma ställe (förutsätter att patienten är med på taget)

Generella önskemål och beskrivningar av förutsättningar och hinder för samverkan

Socialtjänsten beskriver att en förutsättning för samverkan är att klienter/patienter har möjlighet att glida in i och ut ur en kontakt. Ett viktigt smörjmedel för samverkan är att ses regelbundet och ”prata om klienter, klaga, fråga, diskutera” för att på så sätt synliggöra skillnader som både kan bero på individer och traditioner.

Beroendemottagningen lyfter fram CM som en viktig insats och menar att många klienter behöver någon som följer med. Vidare uppfattar personal från beroendevården att patienternas prognos till viss del hänger samman med yttre omständigheter, där en klient kan ha tur att få ”bästa terapeuten på psyk och bästa läkaren på beroendemottagningen och en jätteengagerad handläggare” – och då ha en väldigt bra prognos. De uttrycker även att det ställs orimliga krav på patienter och att fler hembesök och uppsök om patienter inte kommer är något som alla fyra verksamheter borde göra oftare. En målande och återkommande beskrivning för att underlätta samverkan är drömmen om ett stor hus i varje kommun där psykiatri, husläkarmottagning, beroendevård, socialtjänst och eventuellt polis sitter i samma hus.

Psykiatrin lyfter fram behovet av att träffas och dela upp ansvar och utbyta kunskap om vilka kompetenser som finns och vad alla kan erbjuda i nätverksmöten, att det generellt borde vara lättare att nå varandra och att beslutsvägarna bör kortas ner. Det uttrycks även önskemål om att ha samma huvudman då ekonomi beskrivs som källa till problem. Husläkarmottagningen menar att personer med denna typ av problematik inte fångas upp av de andra verksamheterna och att de därför hamnar hos dem. De önskar därför att utredningar görs av de andra verksamheterna och lyfter fram behovet av en samordnare eller medicinskt kunnig konsult som kan ha ett helhetsgrepp om dessa klienter och dess vårdkontakter.

Brukarnas erfarenheter

Brukarnas erfarenheter av vårdgivarna inom psykiatri, beroendevård och socialtjänst har stora likheter. Erfarenheter relaterade till husläkarmottagningar diskuterades i mycket liten omfattning. Gemensamma erfarenheter av psykiatri, beroendevård och socialtjänst var beskrivningar om att man som brukare/klient måste veta vad man själv har rätt till, vilket hänger samman med uppfattningen om att vårdgivarna brister i information om utbudet. Flera av de intervjuade brukarna hade lång erfarenhet av kontakt med vårdgivarna och beskrev hur de genom åren fått ökad kunskap om sina egna behov och vilken hjälp som erbjuds av vårdgivarna. Denna erfarenhetsbaserade kunskap beskrevs vara av stort värde i diskussion med vårdgivarna om vilka behov de själva har och vilken hjälp de anser sig behöva. Erfarenheten de beskrev handlade om att man som klient måste be om hjälp och särskilt om att få hjälp att komma till rätt instans. De uttrycker det som att ”den som är insatt och orkar driva har större möjligheter”. De intervjuade brukarna lyfte även fram risken med att klienter med lång problematik lätt faller mellan stolarna. Brukarnas erfarenheter från beroendevård och socialtjänst var i stort sett identiska. Det handlade om avsaknad av eftervård eller uppföljning av behandlingsinsatser men även om uppfattningen

om att vårdgivarna går efter en mall som inte är anpassad efter alla klientgrupper. Särskilt brister i kunskap om väletablerade ("integrerade") brukare/klienter uttrycktes. Särskilda positiva erfarenheter som lyfts fram relaterat till beroendevården var att brukarna beskrev att de fick hjälp att inse problem, att de använder sig av "morötter" i form av "gör du A kan du få B". En erfarenhet som särskilt lyftes fram i relation till socialtjänsten, men som troligen kan ha relevans för samtliga vårdgivare, är att det upplevdes arbetsamt att vid upprepade tillfällen behöva berätta sin "livshistoria". Erfarenheterna från psykiatrin är konkreta och handlar främst om vad man upplever att man får hjälp med; medicinering, samtal, hjälp att strukturera upp saker i vardagen men även att vårdgivaren frågar om alkohol- och drogvanor utan att kontrollera och att man som brukare kan uppleva att man besväras.

Psykiatri	Beroendevård	Husläkarmottagning	Socialtjänst
*medicinering *samtal *strukturera saker i vardagen *frågar om alkohol och droger men ingen kontroll *klienter som varit med länge – lätt att falla mellan stolarna *man kan som klient känna att man besväras *man måste veta vad man själv vill ha och har rätt till	*hjälp att inse problem *klienter som varit med länge, lätt att falla mellan stolarna *säger tex "öppna brev, sök utbildningar" men klienten behöver konkret, praktisk hjälp *terapi – men sen? *informerar ej om utbudet *morot – "om du gör A kan du få B" *bristande kunskap om "integrerade" klienter *grupper med mycket olika bakgrund *man måste själv veta vad man vill och har rätt till	*har känts bra då läkare har läst igenom mitt fall innan besöket	*klienter som varit med länge, lätt att falla mellan stolarna *säger tex "öppna brev, sök utbildningar" men klienten behöver konkret, praktisk hjälp *terapi – men sen? *går efter en mall – ej anpassat till alla (främst inte integrerade) *informerar ej om utbudet *snårigt att veta vilken hjälp som finns *man kan som klient känna att man besväras (nonchalerar sina egna problem) *man måste veta själv vad man vill ha och har rätt till *får dra sin historia om och om igen...

Brukarnas önskemål

De önskemål som framkom i intervjuerna med brukarna är till stor del motsatserna till de erfarenheter de har av kontakt med vårdgivarna. Ett sådant önskemål var att ha någon som "tar en i handen och ledsagar" till olika vårdgivare, vilket hänger samman med erfarenheten av att känna sig vilsen i vilken hjälp som finns att tillgå, d.v.s. hur utbudet av insatser ser ut. I samband med detta framfördes även önskemålet om lägre trösklar för att få hjälp. Några brukare beskrev att det är lätt att man ger upp för all byråkrati. En annan önskan är att vårdgivarna samarbetar bättre, utan att man som brukare behöver vara spindeln i nätet. Samarbete mellan vårdgivarna kan, enligt brukarna, motverka splittrade insatser där omtag görs vid varje ny insats. En helhetssyn med kontinuitet och tydligare uppföljning efterfrågas. Behovet av kunskap, inte bara om hur man

behandlar utan också hur man hittar riskindivider för att kunna fånga upp brukare i ett tidigt skede beskrivs som viktigt. Andra konkreta önskemål är att vårdgivarna ska ställa krav på klienten, våga säga ”du har problem” och ta sig tid. Vidare framförs önskemål om att få hjälp att komma iväg på regelbundna aktiviteter – såsom idrott och kultur. Att ersätta missbruket med någonting annat är centralt. Behovet av regelbundna aktiviteter och struktur är för vissa brukare starkt kopplat till uppföljning av behandlingsinsatser, där vardagliga rutiner i vissa fall helt försvunnit. Behandlingsgrupper med klienter med liknande bakgrund/problem efterfrågas också. Det handlar om att vårdgivarna kan balansera kontrollfunktionen med bra samtal, förtroende och aktiviteter.

Psykiatri	Beroendevård	Husläkarmottagning	Socialtjänst
*kontrollera missbruk *ta upp missbruk (se tecken), ha kunskap *personlig assistent som för in klienten på rätt väg *någon som tar med klienten på positiva saker *praktisk hjälp, schemalagda aktiviteter, visa på annat liv (tex kultur) *tid *efter insats – stort behov av uppföljning *inte lägga över på klienten att driva *lägre trösklar	*hjälp att komma till insikt *ta upp missbruk (se tecken), ha kunskap *personlig assistent, tät kontakt med missbruksvården *praktisk hjälp! *mer kunskap om integrerade -> fånga dom tidigt *visa på annat liv (tex kultur) *tid *efter insats -> uppföljning *inte lägga över på klienten att driva *längre trösklar *förstå och lyssna *tät kontakt	*provtagning (urin, lever osv) *ta upp missbruk (se tecken), ha kunskap *ordentliga utredningar om orsaker istället för medicinering *om värden indikerar på missbruk ska man fråga annars INTE.	*ta upp missbruk (se tecken), ha kunskap *någon som tar med klienter på positiva saker tex träning & kultur – regelbundet! *praktisk, konkret hjälp/stöd, ordning, schemalagda aktiviteter *en assistent som klienten har förtroende för -> viktig kontakt *hjälp att bygga upp helheten – fysisk & psykisk hälsa, känna sig behövd *arbete *byt samtal mot aktivitet *tid och uppföljning *slippa berätta hela sin livshistoria vid alla nya möten *inte lägga på klienten att driva *lägre trösklar

DEL II

Efter det att fokusgrupper genomförts och sammanställts påbörjade projektets andra del där arbetande seminarier med samarbetsparterna i de deltagande kommunerna (Vaxholm, Vallentuna, Täby, Norrtälje, Danderyd, Lidingö och Österåker) genomfördes. Seminarierna hade två syften; dels att återföra resultaten från fokusgruppintervjuerna med såväl professionella som brukare till de fyra professionella verksamheter som ingår i projektet. Dels var syftet att använda empirin som ett konkret exempel för att testa en samverkansmodell. Strukturen på seminarierna var därför

till en början explorativ i den meningen att det fanns en öppenhet för förändring av strukturen efter erfarenheter och synpunkter från de första seminarierna.

De sju nordostkommunerna bjöds in till arbetande seminarier. Inbjudan gick ut till representanter för de fyra enheter som berörs av projektet; socialtjänst, landstingets beroendevård, psykiatri och primärvård (husläkarmottagningar).

Det bedömdes som viktigt att inbjudan till seminarierna i så stor utsträckning som möjligt kom från de lokala råden och inte enbart från FoU Nordost. Anledningen var att projektets förankring i verksamheterna därmed tydliggjordes. Inbjudan till seminarierna skedde därför genom att processledaren eller motsvarande i varje kommun skickade ut en skriftlig inbjudan till de olika verksamheterna. I några kommuner bestämdes datum för seminariet av det lokala rådet i nordostkommunerna. I en kommun skickades inbjudan ut genom FoU Nordost. Information om seminarierna togs också upp vid olika möten inom kommunerna, där de aktuella enheterna fanns representerade.

Genomförande

Inom ramen för projektets finansiering fanns utrymme till att genomföra ett seminarium i varje kommun. Totalt genomfördes fem seminarier. Vaxholms kommun är en relativt liten kommun och det bedömdes inte rimligt att hålla ett enskilt seminarium där. Därför genomfördes ett gemensamt seminarium för Vaxholms kommun och Danderyds kommun. Här nedan följer en sammanställning av hur många som deltog i de arbetande seminarierna där resultaten presenterades:

Vallentuna: 10 personer deltog varav en personal från beroendevården, övriga deltagare arbetade inom socialtjänsten. Ingen från PRIMA vuxenpsykiatri deltog.

Österåker: 15 personer deltog i seminariet. En person arbetade på PRIMA vuxenpsykiatri och tre arbetade inom beroendevården, resterande deltagare arbetade inom socialtjänsten.

Norrtälje: sju personer deltog, tre personer arbetade inom Tiohundraförvaltningen, en av dessa representerade vuxenpsykiatrin.

Täby: 15 personer deltog varav en arbetade på PRIMA vuxenpsykiatri och en inom beroendevården, resterande deltagare arbetade inom socialtjänsten.

Danderyd och Vaxholm: 11 personer deltog varav två arbetade på PRIMA vuxenpsykiatri och en person inom beroendevården, resten av deltagarna arbetade inom socialtjänsten i någon av kommunerna.

Lidingö: Seminariet ställdes in på grund av för få anmälda deltagare.

För att tillgodose det syfte som finns beskrivet ovan för seminarierna ville vi under dessa 1) redovisa resultat från fokusgruppintervjuerna 2) bereda de deltagande enheterna en möjlighet att

arbeta med och reflektera över materialet samt 3) få reaktioner och kommentarer på den arbetsmodell som användes i seminarierna.

En viktig praktisk utgångspunkt vid planering av seminarierna var att de skulle hållas inom en tidsram som ökade de aktuella enheternas möjligheter att delta. Samtidigt måste de vara tillräckligt långa för att kunna innehålla både presentation och aktiv bearbetning av materialet. Det innebar att delar av materialet måste väljas ut för presentation och bearbetning. Valet föll på att använda beskrivningar av önskemål som enheterna haft om varandra. Anledningen var att den delen bedömdes kunna hanteras under den relativt korta seminarietiden, i bemärkelsen att det var möjligt att hålla diskussioner som kunde ge intryck och erfarenheter som kunde bidra med konstruktiva uppslag till fortsatt samverkan.

Den del av materialet som inte seminariebehandlades beskriver kunskap – eller brist på densamma ("vad tror ni att de andra gör?") – och vilka erfarenheter enheterna har av varandras arbete. För att kunna använda denna del som arbetsmaterial bedömdes att längre tid än två timmars seminarium skulle ha behövts, till exempel för att ge utrymme för enheterna att kunna förklara sin struktur, fylla kunskapsluckor, etc.

Följande seminariestruktur användes:

- Inledning med kort presentation av projektet
- Presentation av de kommentarer och önskemål som uttryckts av alla enheter
- Presentation av de önskemål som brukarna beskrivit
- Instruktion för arbete med andra enheters önskemål på den egna enheten
- Varje enhet arbetar med kommentarer om den egna enheten
- Enheterna presenterar sitt arbete för övriga seminariedeltagare som då har tillfälle att diskutera och kommentera presentationen.

Arbetet med de andra enheternas önskemål gick till så att varje enhet (som fanns representerad vid seminariet) fick lappar med alla önskemål som fanns om deras enhet. Lapparna var också märkta med vilken annan enhet som framfört önskemålet. Deltagarna fick då i uppgift att tillsammans (inom den egna enheten) diskutera och sortera önskemålen i *realistiska* och *orealistiska* önskemål. Efter det berättade varje enhet för övriga seminariedeltagare om hur de sorterat önskemålen och deras skäl till sorteringen (lapparna sattes upp på blädderblocksark). Andra enheter kunde då också kommentera och diskutera sorteringen. Seminariet avslutades med en kort utvärdering av hur deltagarna uppfattade arbetssättet.

Efter två genomförda seminarier utvärderades arbetssättet. Erfarenheterna från dessa seminarier var att det var svårt att hinna med alla grupper och önskemål och under ett seminarium gjorde tidsbristen att seminariet fick avslutas utan utvärderingskommentarer. Därför ändrades strukturen

till att deltagarna skulle välja ut fem realistiska och fem orealistiska önskemål att beskriva och diskutera. Denna struktur användes sedan i resterande seminarier.

Arbetande seminarier: erfarenheter, synpunkter och reflektioner

Eftersom fokus för de arbetande seminarierna inte var att dokumentera vad som sades kommer redovisningen av seminarierna mer att handla om de synpunkter som deltagarna framförde kring seminariets struktur och förutsättningar samt projektgruppens erfarenheter och reflektioner. I slutet av avsnittet presenteras dock två teman med mer tydlig koppling till det empiriska materialet i form av stödanteckningar från seminarierna. Avsikten är att dels lyfta fram ett konkret resultat från brukarintervjuerna och dels att exemplifiera hur utsagor från fokusgrupperna hanterades under seminarierna.

Kommentarer och reflektioner om seminariestrukturen

En förutsättning för samverkan är att samtliga parter inte bara vill samverka utan också faktiskt deltar aktivt i arbetet. Samverkan är ett prioriterat område för samtliga enheter vilket uttrycks både centralt i olika direktiv och lokalt i konkreta beskrivningar och önskemål som framkom i intervjuerna.

Under genomförandet av projektet har det genomgående varit svårt att få medarbetare från husläkarmottagningar att delta. Detta gäller både för fokusgruppsintervjuerna, där endast en av planerade två intervjuer kunde genomföras, och för seminarierna, där ingen medarbetare deltagit vid något av seminarierna. Det finns förstås flera möjliga orsaker till detta. Det vi konkret uppfattat är att man på enhetsnivå (vårdcentraler) inte anser att det finns ekonomiskt utrymme för arbete som inte är direkt patientrelaterat (*Vi har inte möjlighet att bokföra/budgetera tid som läggs ned på samverkan, vi kan inte delta om vi inte får ersättning för den tid vi lägger ner*). På landstingsnivå har vi dock vid ett flertal tillfällen mötts av uttalanden att samverkan ingår i det avtal som landstinget har med privata vårdgivare. Ett av hindren för samverkan kan därmed tillföras ett missförstånd där beställare brister i sin uppföljning av om beställd vård utförs och utförare brister i sitt faktiska fullföljande av ingått avtal.

En annan orsak kan vara hur central den fokuserade patientgruppen är för respektive enhet. Här kan man kanske beskriva en fallande ordning som är direkt relaterad till enheternas deltagande vid seminarierna:

Flest deltagare vid seminarierna kom från socialtjänstens missbruks- och socialpsykiatrienheter. Den fokuserade klientgruppen är central för dessa enheter och det är även så att det faktiska antalet medarbetare som berörs är fler än i övriga deltagande enheter.

Beroendevård och psykiatrienheter har deltagit men dock inte vid alla seminarier. Klientgruppen är central för dessa enheter men den faktiska personalstyrkan är mindre än hos socialtjänsten.

Husläkarmottagningar har ett mycket bredare uppdrag än övriga enheter och den fokuserade patientgruppen är en av flera.

Det bristfälliga deltagandet påverkade självklart möjligheterna att genomföra seminarierna precis som det var tänkt och deltagarna menade att det begränsade möjligheterna till konstruktiva diskussioner kring framtida förutsättningar för samverkan mellan de fyra berörda enheterna. Ett konkret förslag som presenterades och som redan användes i en kommuns nätverksträffar var att placera träffar/seminarier på husläkarmottagningar för att underlätta för personalen där att delta. En förutsättning är dock att personal från husläkarmottagningarna själva ser behovet av samverkan både utifrån deras egen roll och utifrån andra enheters behov.

Generellt visade seminariedeltagarna intresse för samverkansfrågor och var öppna för att pröva projektets arbetsmodell. Samtidigt lyftes flera önskemål och mer eller mindre omfattande förändringar eller anpassningar av seminariestrukturen fram. Ett önskemål som framfördes under flera seminarier var att fokusgruppintervjuer skulle genomföras på enheterna inom respektive kommun så att de resultat som diskuterades skulle vara insamlade inom den egna kommunen. Detta för att diskussionen skulle bli mer konstruktiv, där deltagarna kunde bemöta varandras synpunkter och förhoppningsvis kunna komma med konkreta förslag på förändringar och/eller ökad förståelse om varandras kunskap och begränsningar. Vid planeringen av seminarierna diskuterades detta av projektgruppen. Bedömningen gjordes att anonymitet skulle öka chanserna att deltagarna skulle känna sig fria i sina beskrivningar av erfarenheter och önskemål avseende de andra enheterna. Det finns både för- och nackdelar med uppläggen som måste övervägas i framtida användning av samverkansmodellen, utifrån de specifika arbetsgrupper och brukare som avses.

Ett annat önskemål som fördes fram var att denna typ av diskussionsseminarier även skulle involvera chefer. Vissa tyckte att diskussionen hölls på ”fel nivå”, andra menade att alla nivåer måste involveras för att förändring ska kunna ske. I den avslutande diskussionen, nedan, presenteras exempel på en sådan samverkansmodell.

Några deltagare uttryckte en trötthet över att diskutera samverkan och ville gå direkt på handling/konkreta åtgärder. Argumentationen kan delvis förstås, samverkan är något som ofta diskuteras och lyfts fram som viktigt men konkreta förslag stöter ofta på hinder och rinner ut i sanden. Det är samtidigt så att samverkan är ett pågående arbete, där berörda parter inte bara kan initiera utan också måste fortsätta och kontinuerligt anpassa arbetet efter förändrade förutsättningar. När tillfälle gavs att diskutera med de andra enheterna på de, inom ramen för projektet ordnade seminarierna, var det få av deltagarna som tog chansen. En erfarenhet är därför att seminarierna måste ha en mer tydlig ledning och sträva efter ett konkret, gemensamt mål. Ett konkret förslag på en mer tydlig struktur som framfördes var att vinjetterna skulle användas som diskussionsunderlag även vid seminarierna. Detta skulle inte ersätta samverkan kring konkreta klientärenden utan skulle utgöra ett komplement där diskussionen kunde hållas på ett mer

generellt plan, men ändå tydligt utgå från klienter och teman där samverkan är aktuell för de berörda enheterna.

En erfarenhet som delades av seminariedeltagarna och projektgruppen var att tidsramen på två timmar var för kort för det upplägg som användes. Inom projektgruppen övervägdes tidsramarna utifrån flera aspekter (se utförlig beskrivning ovan) och huvudargumentet för två timmar var att deltagarna inte antogs kunna/vilja avsätta mer tid. Ett sätt att hantera problem med tidsramarna är att resultatredovisningen antingen skickas ut i förskott till deltagarna och/eller att genomgången av materialet från fokusgrupperna kortas ner. Ett förlängt seminarium, uppdelat på deltagare på olika nivåer är ett annat förslag som presenterats.

Två empiriska exempel

Vid deltagarnas diskussion kring de konkreta erfarenheter och önskemål som andra professionella och brukare uttryckte under fokusgruppsintervjuerna framkom att uppfattningen om vad som är ett problem kan se olika ut. Exempelvis hade flera enheter beskrivit beroendevårdens uppdrag som smalt och att detta var ett problem, medan representanter från beroendevården själva höll med om att uppdraget var snävt, men inte uppfattade det som ett problem. När seminariedeltagarna skulle sortera de andra enheternas önskemål om den egna verksamheten i orealistiska och realistiska önskemål, var det generellt så att många önskemål placerades under "realistiskt". Det kan tolkas som att enheterna bedömde att de andras önskemål redan uppfylls, som ett uttryck för att "det här gör vi redan". Eller som ett uttryck för att det är realistiskt "så borde vi göra men verkligheten ser inte ut så pga. en massa hinder" som exempelvis stafettläkare, pinnar/ersättningsystem och budget för HVB-placeringar. För att få fördjupad kunskap och kunna tolka detta skulle diskussionerna under seminarierna behövt fördjupas och analyseras mer noggrant.

Brukarna, som inte var med under seminarierna, hade i stor utsträckning fångat samma teman som vårdgivarna. Ett sådant tema var "spindeln i nätet". Bland vårdgivarna bollades ansvaret eller önskan om ett helhetsgrepp inte sällan över på de andra vårdgivarna medan brukarna beskrev att de uppfattade att ansvaret bollades över på dem. Ett starkt önskemål från brukarna var därför att få hjälp av någon professionell som kunde agera spindeln i nätet, som kunde hålla i kontakten med övriga vårdgivare och hjälpa klienten/patienten i rätt riktning. Detta hänger samman med brukarnas önskemål om att de professionella i större utsträckning måste informera om vilken vård/hjälp de har att erbjuda. Att vårdgivare brister i information är något som också framkommit i brukarrevisionen (Brukarrådet för beroendefrågor i Stockholms län 2012). Som en förlängning av diskussionen om behovet av någon som driver ärenden och håller i alla kontakter uttrycktes i flera intervjuer med de professionella, önskemål om att den fysiska placeringen av enheterna kunde underlätta samverkan. Drömmen var därför ett gemensamt hus, vilket även skulle underlätta för brukarnas kontakter med vårdgivare.

Implikationer för fortsatt samverkan

Projekt är till sin karaktär tillfälliga och när projekttiden är slut återstår den ordinarie verksamheten, det arbete som måste fortsätta att fungera. Centralt för de flesta projekt är att de på något sätt tillför resurser utöver den reguljära verksamheten och också att det ska tillföra något mer bestående även efter projektets avslutande. I det projekt som presenteras i denna rapport har de resurser som varit knutna till projektet inneburit att fokusgrupper har planerats, genomförts, analyserats och redovisats. Resultatet har sedan använts i seminarier. Målet har varit att projektet ska leda till utökad kunskap och möjligheter för att föra samverkan mellan deltagande enheter framåt. De seminarier som genomförts kan i sig själva tillgodose detta mål. Men även om seminariedeltagarna får med sig ny kunskap och nya intryck så kan ett två timmar långt seminarium inte förändra särskilt mycket. Därför ligger en stor del av projektets värde i hur materialet från projektet, i form av inventeringar av förväntningar, förhoppningar och erfarenheter som redovisas används samt i hur deltagande enheter fortsätter arbetet.

Nedan kommer olika förslag och möjligheter att diskuteras. Flera av dessa förslag och möjligheter bedöms vara rimliga att genomföra inom ramen för de resurser som finns inom de ordinarie verksamheterna genom att de tillhandahåller samma typ av resurser som de ordinarie verksamheterna tillfört inom projektets ram, d.v.s. beslut på organisationsnivå om att delta samt avsatt tid för medarbetare för att delta i projektets fokusgruppsintervjuer och seminarier. De befintliga lokala råden borde kunna utgöra ett forum där fortsatt arbete för att utveckla samverkan skulle kunna konkretiseras. Syftet med de lokala råden är att kommuner och lokal hälso- och sjukvård ska ta gemensamt ansvar för utvecklingen av det lokala förebyggande arbetet och den lokala missbruks- och beroendevården.

Fortsatta seminarier där materialet från projektet används som underlag.

De seminarier som hållits inom projektets ram har endast behandlat den del av resultaten från fokusgrupperna som beskriver enheternas önskemål om varandra. Skälet var att den delen bedömdes som mest rimlig att kunna diskutera under det begränsade utrymme som ett två timmar långt seminarium utgör. Mycket av det material som presenteras i rapportens resultatdel finns således kvar att diskutera och behandla i arbetande seminarier. Främst handlar det då om att diskutera de konkreta erfarenheter ("vad tror ni att de andra gör?", som presenteras i matriserna under rubrikerna "Erfarenheter av landstingets beroendevård, av psykiatri, etc) som enheterna beskriver att de har av varandra samt att diskutera klienternas uppfattningar om enheterna, både i form av erfarenheter och i form av önskemål (klienternas önskemål presenterades vid seminarierna men bearbetades inte i den "arbetande" delen av seminarierna). Den del av materialet som beskriver vad andra enheter tror att man gör handlar om vilken kunskap – eller brist på densamma – och vilka erfarenheter enheterna har av varandras arbete. Det betyder i sin tur att för att seminarier som behandlar dessa erfarenheter ska kunna ge meningsfull kunskap och

konstruktivt öka förutsättningarna för samverkan så bör det finnas tid för deltagande enheter att förklara sin struktur och på andra sätt fylla kunskapsluckor. Det kan lösas antingen med en serie av kortare seminarier alternativt ett längre sammanhållet seminarium.

Arbetande seminarier där tvärprofessionella grupper arbetar med vinjetter.

De konkreta fallbeskrivningar (vinjetter, se bilaga 1) som använts som underlag vid fokusgruppintervjuerna kan också användas som diskussionsunderlag för arbetande seminarier. Detta föreslogs också under seminarierna. Istället för att som i fokusgruppintervjuerna föra diskussionen i sin egen arbetsgrupp kan vinjetterna diskuteras i tvärprofessionella grupper om vad som kan göras och vad som bör göras av respektive professionell instans. Användandet av fiktiva fall ger flera fördelar. En sådan fördel, som också framförts av deltagare vid seminarier inom projektet, är att sekretessbegränsningar inte utgör ett hinder, vilket det ibland gör när ”verkliga” fall diskuteras. Den fiktiva formen gör också på andra sätt att diskussionen blir mer fri, det finns utrymme för att få önska på samma sätt som man gjort i fokusgrupperna. Eftersom underlaget är fiktivt och det därmed inte är en konkret situation som kräver en konkret lösning finns möjligheter att i diskussionen röra sig bort från det konkreta ”här och nu”. Det öppnar upp för att kunna diskutera möjliga vägar och lösningar att arbeta på mer långsiktigt. Det vill säga, diskussionen kan också beröra liknande situationer som i det beskrivna underlaget. Under seminarierna framfördes förslaget att fokusgruppintervjuer skulle genomföras inom den egna kommunen och att det i så fall skulle ge att de önskemål som framfördes i det insamlade resultatet var direkt riktade till verksamheter inom den egna kommunen. Tidigare i rapporten har olika problem med detta diskuterats. Att använda vinjetterna som diskussionsunderlag direkt vid seminarier skulle dock kunna tjäna samma syfte utan att kräva de resurser som behövs för att genomföra och sammanställa resultat av fokusgruppintervjuer, det vill säga att diskussioner under seminarierna om förväntningar och erfarenheter om varandra som samverkansparter kan föras på en konkret nivå.

Användandet av fiktiva fall på detta sätt har till exempel prövats inom ramen av en uppföljningsstudie av vård och omsorg för multisjuka äldre (Gurner et al 2010). I projektet skapades fem typfall baserade på 22 intervjuer med multisjuka äldre patienter. Multisjuka äldre definierades i projektet som *”personer som under ett år vårdats tre gånger inom slutet sjukhusvård samt då vårdats för tre eller flera diagnoser från olika sjukdomsklasser enligt sjukdomsklassifikation ICD10”* (Gurner et al 2010, s 5). Inom projektet anordnades elva arbetande seminarier (workshops). En heldags workshop hölls för varje hälsocentrals-/hemtjänstområde. Deltagare var vård- och omsorgsaktörer (handläggare samt deras närmaste chefer) det vill säga medarbetare från hälsocentraler, hemtjänstområden och det lokala sjukhuset. Konkret gick seminarierna till så att seminariedeltagarna under en dag diskuterade hur samarbetet dem emellan skulle kunna utvecklas för att öka kvaliteten för den multisjuka äldre och bättre utnyttja befintliga resurser i enlighet med samverkansavtalets intentioner.

Detta gjordes genom att verksamheterna under förmiddagen gemensamt fick ta del av ett av sina egna fall. Vid den efterföljande gruppdiskussionen *identifierades fallbeskrivningens multisjuka persons behov och diskuterades hur idéer och arbetssätt kan och behöver utvecklas*. Efter förmiddagens reflektion över fallbeskrivningen lades fokus på frågan om *vad respektive verksamhet enskilt och gemensamt själva kan utveckla och vad man behöver hjälp med från ledning/ledningarna för att utveckla* (Gurner et al 2010). Under seminariets sista timme anslöt relevanta mellanchefer och verksamhetsutvecklare till seminariet för att lyssna på och diskutera de synpunkter och idéer som framkommit.

Även om ovanstående projekt fokuserar på en annan grupp (multisjuka äldre), är det uppenbart att flera likheter finns med den grupp som föreliggande projekt fokuserat på (personer med samsjuklighet i form av psykisk funktionsnedsättning och missbruksproblematik). Även här är det professionella enheter från kommun och landsting som behöver samverka. En annan påtaglig fördel med att använda den seminariemodell som används i Gurner et als (2010) projekt är konkretiseringen av vad som kan göras på handläggarnivå och vilka diskussioner/åtgärder som behöver hanteras på chefsnivå. Genom att använda den modellen hanteras den form av kritik som framfördes i nuvarande projekts seminarier och som handlar om att man under seminarierna diskuterar saker som ligger på ”fel nivå”.

För att vidare möjliggöra faktiska och konkreta resultat och åtgärder på chefsnivå kan seminarier hållas även på chefsnivå där underlaget för seminariet är det material som skapats av seminarierna på handläggarnivå om vad man behöver hjälp med från ledning/ledningarna för att utveckla.

Möjligtvis kan man också tänka sig att det även under dessa seminarier behöver göras en sortering av frågor som man kan lösa på tjänstemannanivå (chefs nivå) och vad man behöver hjälp med från kommun- och landstingspolitisk nivå.

Ett annat tilläggsförslag som påpekats av en av initiativtagarna till Gurner et al:s projekt Agneta Brinne, (via personlig kommunikation med Åsa Bringlöv) är att man redan i samband med planerandet av ett sådant arbetande seminarium bör planera in en uppföljning efter ett par månader för att se om något har förändrats utifrån vad man kommit fram till under seminariet.

Avslutande kommentar

I rapporten beskrivs en samverkansmodell och de resultat som framkommit vid fokusgruppsintervjuer samt de erfarenheter som genomförandet av projektet givit. Avslutningsvis beskrivs två teman som vi särskilt vill förmedla till läsaren:

- *Samma modell för brukare och professionella.*

I projektet har både grupper av professionella och grupper av brukare fått diskutera samma fall (vinjetter) och tala om sina önskemål och erfarenheter. Detta arbetssätt är, oss

veterligen, ganska ovanligt. Det är inte konstigt att diskussionerna inom de olika fokusgrupperna skiljer sig från varandra då de professionella diskuterar sitt eget samarbete med andra professionella och brukarna diskuterar utifrån en personlig bas. Till exempel så handlar de professionella diskussionerna om vilka funktioner ”de andra” har, eller borde ha, och vad de gör, eller borde göra. För brukarna har det inte så stor betydelse vem som gör vad, bara det blir gjort! Det är också påtagligt hur brukarnas diskussioner är just mer påtagliga och konkreta. Det går att se vissa huvudpunkter av önskemål som är riktade till alla enheter. Dels är det att man önskar att de professionella *talat om missbruket*. Det verkar vara så att man upplevt en alldeles för stor försiktighet, en benägenhet att inte se, hos de professionella. Dels tar brukarna upp den tid som inte alls existerar i de professionella diskussionerna, nämligen tiden mellan de kontakter och möten man har med de professionella. Den tiden pekats ut som oerhört central i en förändringsprocess och det talas om ett behov av *konkret stöd, schemalagda aktiviteter, praktiskt stöd och hjälp*. Förslag som att *byta samtal mot aktivitet* och kommentarer om att det är påfrestande att gång på gång behöva berätta sitt livs historia ligger i linje med detta. Vidare beskrivs upplevelsen att *trösklarna är alldeles för höga*, att man behövt kämpa sig in. Där finns en parallell diskussion i de professionella intervjuerna om ”spindeln i nätet” (som också diskuterats ovan under rubriken ”två empiriska exempel”). Brukarna beskriver alltså att de dels har svårt att komma över tröskeln till de hjälpsamma verksamheterna men också att när de väl gör det så får de själva i alldeles för hög utsträckning ensamma agera spindeln i nätet. Dessutom tar brukarna upp bristen på information om vilket utbud av hjälpinsatser som finns. Denna brist på information lyfts även fram i brukarrevisionen (Brukarrådet 2012).

- *Organisatoriska förutsättningar för samverkan.*

I den inledande delen av rapporten har vi kort beskrivit det som flera forskare generellt pekar på som förutsättningar för att få samverkan att fungera. Där framhålls inte minst strukturella förutsättningar. Specifikt inom FoU Nordosts område har samverkan studerats av Matscheck (Matscheck 2011, Matscheck & Axelsson 2013). Matscheck lyfter fram de ekonomiska förutsättningarna som viktiga och pekar på att ett konkret hinder för samverkan är att vårdgivare inte kompenseras ekonomiskt för tid som läggs på samverkan såsom möten med andra professionella enheter. Detta sätter fokus på ett problem som genomgående uppkommit också i föreliggande projekt; det har varit svårt att få husläkarmottagningar att delta både vid fokusgrupper och vid seminarier. De argument och skäl som ofta angivits då deltagande på olika sätt diskuterats med representanter för husläkarmottagningar har ofta relaterats till ersättningssystemet samtidigt som landstingsrepresentanter också vid olika tillfällen angivit att samverkan finns inskrivet i de avtal som träffats. Detta illustrerar att här finns organisatoriska oklarheter som bör redas ut och klargöras för att möjliggöra fortsatt samverkan. Denna oklarhet verkar inte endast gälla för Nordost-området utan vara ett mer utbrett fenomen. I Socialstyrelsens tillsyn av missbruks- och beroendevården som gjordes under 2008-2010 (Socialstyrelsen

2011) uppgav ca hälften av de undersökta verksamheterna att vårdgivaren givit direktiv till husläkarmottagningen om samverkan medan den andra hälften inte angav att sådana direktiv fanns. Det kan både betyda att sådana direktiv inte finns eller att husläkarmottagningen inte vet om dem. Det betyder dock i båda fallen att samverkan mellan de undersökta enheterna inte finns etablerad som en självklarhet utan att det antagligen behövs ett långsiktigt arbete för att samverkan ska etableras som en del i verksamheten. Även här vill vi peka på att de lokala råd som faktiskt finns inom kommunerna bör kunna användas som ett forum för att försöka reda ut organisatoriska oklarheter och för ett långsiktigt etablerande av en fungerande samverkan.

Referenser

Ackerman, S., & Hilsenroth, M. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23, 1-33.

Axelsson, R. och Bihari Axelsson, S. (2007). *Samverkan och folkhälsa – begrepp, teorier och praktisk tillämpning*. I: Axelsson, R. och Bihari Axelsson, S. (red.). *Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*. Lund: Studentlitteratur.

Babor, T. & Del Boca, F. (2003) *Treatment Matching in Alcoholism*. Cambridge: Cambridge University Press.

Bergmark, Å. & Lundström, T. (2005) Med förenade krafter? Om Individ- och familjeomsorgens samverkan med andra myndigheter. *Socionomens Forskningssupplement*, 17, 2-12.

Beutler, L., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T., Talebi, H., Noble, S., et al. (2004). Therapist variables. In M. Lambert (Ed.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (pp. 227-306). New York: Wiley.

Brukarrådet (2012) *Brukarrevision av integrerade beroendemottagningar i Stockholms län*. Brukarrådet för beroendefrågor i Stockholms län. Landstingsstyrelsens förvaltning, LSF Service.

Danermark, B & Kullberg, C. (1999) *Samverkan: Välfärdsstatens nya arbetsform*. Lund: Studentlitteratur.

Danermark, B. (2003) *Samverkan – himmel eller helvete?* Stockholm: Gothia.

Eliasson, B. (2010) *Konsten med samverkan. Från idéer till praktik*. Licentiatuppsats. Luleå Tekniska universitet.

Gurner U, Norén D, Bowin R, Brinne A. (2010) Äldreteam: vision och verklighet. Uppföljning av samverkansavtal för multisjuka/ multiviktande äldre mellan primärvården, Gävle kommun och Gävle sjukhus. Rapport 2010:7, Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.

Mallander, O. (1998) Samarbete. I Denvall, V. & Jacobsson, T. *Vardagsbegrepp i socialt arbete: Ideologi, teori och praktik*. Stockholm: Norstedts.

Matscheck, D. (2011) Att skapa former och arenor. Lokal samverkan inom psykiatri/socialpsykiatri. Masteruppsats, Stockholms universitet.

Matscheck, D & Axelsson, R. (2013) Arenas for contact – A study of local collaboration in mental health. Accepted for publication in *Scandinavian Journal of Public Administration*.

Nilsson, I. & Wadeskog, A. (2007) Varje drogfri dag en framgång – Socioekonomiskt bokslut för metadonprogrammet i Stockholm. Stockholm: MOB.

Norman,C., Ekh, M., Elofsson, B. & Bowin, R. (2012) *Mångbesökare inom landstingets specialiserade beroendevård i Stockholm*. Beroendecentrum, Stockholms läns landsting.

Socialstyrelsen (2007) *Nationella riktlinjer för missbruks och beroendevård 2007-102-1*. Lindesberg: Bergslagens Grafiska AB.

Socialstyrelsen (2011) *Lägesrapport 2011 – Hälso- och sjukvård och socialtjänst*. www.socialstyrelsen.se

Socialstyrelsen (2008) *Samverkan i re/habilitering – en vägledning*. Västerås: Edita.

SOU 2000:78, *Rehabilitering till arbete en reform med individen i centrum*, www.regeringen.se.

Wiklund, S. (2007) United we stand? Collaboration as a means for identifying children and adolescents at risk. *International Journal of Social Welfare*, 16, 202-211.

Bilaga 1: Vinjetter

Lena 27 år

Lena är uppvuxen med föräldrar och en äldre syster. Lenas far avled när Lena var 15 år och modern är svårt sjuk. Modern har under hela Lenas uppväxt missbrukat alkohol och det har förekommit våld i familjen. Lenas storasyster har sedan tidiga tonår missbrukat narkotika. Lena har inga barn. Lena studerar på Komvux sedan ett år tillbaka. Hon upplever sig ofta som en ”udda person”, tycker inte att hon egentligen har så mycket gemensamt med de få vänner hon träffar. Hon är intresserad av naturvetenskapliga ämnen och önskar att hon skulle kunna hitta något sammanhang där hon kan få diskutera och lära sig mer om ämnet. Hennes högsta önskan är att få läsa på högskola. Lena tror att hon på ett universitet kommer att kunna känna sig mer ”hemma” och att hon där skulle kunna få vara bland människor som är intresserade av sådant som hon är intresserad av. Studierna har gått lite si och så den sista tiden. Lena har stora svårigheter att komma iväg till skolan på grund av att hon ofta upplever svår ångest. Hon klarar då inte av att gå utanför dörren. Några av Lenas lärare känner till hennes svårigheter och hon upplever att hon fått förståelse för sin situation. Lena missbrukar hasch och alkohol, missbruket av alkohol började i tonåren, i 20-års åldern började Lena att röka hasch. Hon har provat andra droger men huvuddrogerna är alkohol och hasch. Lena gör försök med att hålla sig drogfri men har inte lyckas att upprätthålla detta mer än någon vecka. Lena lider av fobier och har en ADHD-diagnos. Hon har ibland upplevts som psykotisk men detta är något hon själv inte vill kännas vid. Hon har aldrig varit placerad på behandlingshem. Lena har en mycket knapp ekonomi men lyckas på något sätt att ändå få ”ihop det”. Lena har haft olika kortare anställningar. Hon bor i en liten lägenhet som hon har förstahandskontrakt på. Lena upplever att hon har en nära relation till sin syster, hon oroar sig dock mycket över systemens psykiska hälsa. De försöker hjälpa och stötta varandra. Lena känner sig också orolig för sin egen fysiska hälsa, hon tror ofta att hon drabbats av allvarliga sjukdomar. Hon söker ofta hjälp hos sin husläkare för att få till stånd olika undersökningar. Lena söker hjälp och säger att hon vill ha hjälp med att må bättre och få ordning på sitt liv.

Mats 58 år

Mats har varit deprimerad i princip hela sitt liv. Hans far tog sitt liv under Mats tidiga tonår. Mats började dricka alkohol i tonåren. Han har alltid känt ett utanförskap och söker ofta bekräftelse på olika sätt. Han har tre barn varav ett barn bor hemma tillsammans med Mats och hans fru. Familjen har en god och välordnad ekonomi, hustrun driver eget företag. Mats har en ansträngd relation till familjen när han dricker. Barnen har på olika sätt visat symptom på att de drabbats av hans drickande och dåliga mående. Han arbetade i ett vårdande yrke fram till för cirka 12 år sedan då han drabbades av en kronisk sjukdom, han har sedan dess sjukersättning. Han har som längst varit helt nykter i 14 månader. För ett par år sedan fick Mats diagnosen bipolär sjukdom. Mats hamnar periodvis i djupa depressioner med ångest och självmordstankar. Detta tillstånd kopplar han inte till alkoholmissbruk utan ser det som helt fristående företeelser. Mats dricker alkohol i perioder och dricker då på ett destruktivt sätt. För 4 år sedan genomgick Mats en 12-stegsbehandling på ett behandlingshem. Mats har en önskan att kunna dricka alkohol socialt tillsammans med sin fru på helgerna.