



GÖTEBORGS UNIVERSITET

”Jag känner mig inte lika ensam”

Socialmedicinsk samverkan mellan huvudmän, för
personer med missbruks- och beroendeproblem i
Götene kommun

SW2227, Vetenskapligt arbete i socialt arbete, 30hp
Scientific Work in Social work, 30 higher education credits
Avancerad nivå
2014-01-14

Författare: Anna Sturkell
Handledare: Maren Bak

Abstrakt

Titel: "Jag känner mig inte lika ensam" - Socialmedicinsk samverkan mellan huvudmän, för personer med missbruks- och beroendeproblem i Götene kommun

Författare: Anna Sturkell

Nyckelord: Socialmedicinsk samverkan, Organisation, Missbruk

Syftet med denna studie är att undersöka den socialmedicinska samverkan mellan huvudmän för personer med missbruks- och/eller beroendeproblem i Götene kommun. Avtalet och samverkansgruppen har varit aktiva sedan hösten 2010. Under de år som har passerat har de upprättat individuella vårdplaner för ca 40 personer.

Frågeställningarna i denna studie är inriktade på att se hur samverkan har utvecklats sig över tid; vilka förutsättningarna har varit för att få till en fungerande samverkan; hur de professionella rollerna har utvecklats och vilken nivå av samverkan man har nått samt vilket resultatet har varit för brukarna.

En kvalitativ metod har använts för att besvara studiens frågeställningar. Det har genomförts en fokusgruppsintervju med deltagarna i samverkansgruppen samt en kompletterande individuell intervju, sammanlagt åtta intervjupersoner. Enskilda intervjuer har genomförts med deras respektive enhetschefer som var sex personer sammanlagt. Möjligheten att även intervjua brukare har övervägts men valts bort av olika anledning, främst på grund av tidsbrist.

Resultaten i studien visar att samverkansgruppen i Götene har uppnått en hög nivå av samverkan och att de trivs bra med varandra i gruppen. Samverkan har blivit ett stöd för dem i deras dagliga arbete, såväl som en källa till kunskap och ett gott rykte för Götene kommun. Enhetscheferna och samverkansgruppen är mer eller mindre överens kring vilka de positiva effekterna är för brukarna. Den har lett till en mer effektiv och bättre planerad vård. Den har även sparat resurser och förbättrat relationen mellan medlemmarna i samverkansgruppen. Svårigheterna som har identifierats har handlat om bristande resurser inom öppenvårdspsykiatri, vilket har lett till att de inte alltid har kunnat delta i samverkan fullt ut.

Slutsatserna i studien är att samverkansgruppen i Götene fungerar bra, mycket på grund av att de har en väl inarbetad samverkansrutin samt att deltagarna i samverkansgruppen trivs bra med varandra. Viktiga faktorer för samverkan har varit att ha ett väl etablerat samverkansavtal, att deltagarna i samverkan har tillräckliga mandat samt att organisationerna har tillräckliga resurser för att utföra sina olika uppdrag.

Abstract

Author: Anna Sturkell

Key words: Socio-medical collaboration, Organization, Addiction

The purpose of this study is to examine the socio-medical collaboration between organisations, for people with addiction and abuse of alcohol and/or narcotic substances in Götene municipality. Their cooperative agreement and the collaboration group have been active since the fall of 2010. During the years that have passed they have planned the individual care for about 40 people with dependency problems.

The questions of the study are concerned with how the collaboration has developed over time; which conditions have been necessary to achieve a functioning collaboration; how have the professional roles developed and what level of collaboration have they reached and what have the results been for the care takers?

A qualitative method with were used to answer the questions of the study. A focus group interview was conducted with the participants of the collaboration group, as well as an additional individual interview, in total eight respondents. Their respective head of units, six in total, were interviewed through individual interviews. The possibility of interviewing the care takers were considered but discarded due to a couple of different reasons, amongst others the time restraints of the study.

The result of the study shows that the collaboration group in Götene are highly functioning and thriving with each other. The collaboration is a support in their daily work, as well as a source of knowledge and an originator of good reputation for Götene municipality. The head of units and the collaboration group are more or less consistent in their opinions of the positive effects of the collaboration for the care takers. It has led to more efficient and better planned care. It also saves resources and improves the individual relationships for the members of the collaboration group. The difficulties that have been identified is due to a lack of resources in the outpatient psychiatry unit, which have led to lack of attendance from the units' repre-sentative in the collaboration.

The conclusions of this study is that the collaboration group in Götene is functioning well, much due to a well incorporated tradition of collaboration within the municipality. Another explanation is that the participants of the collaboration group is comfortable with each other. Important factors for a functioning collaboration have been a well-established collaborative agreement, that the participants of the collaboration group have sufficient mandate and that the organisations have enough resources to complete their assignments.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

| | |
|---|----|
| INLEDNING | 5 |
| Lagändring..... | 5 |
| Min förförståelse..... | 5 |
| SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR | 7 |
| Syfte..... | 7 |
| Frågeställningar | 7 |
| BAKGRUND | 8 |
| Begreppsförklaring | 8 |
| Politik och kostnader | 9 |
| Vilken organisation gör vad?..... | 10 |
| Om implementering av de Nationella riktlinjerna | 11 |
| Förekomsten av regionala avtal | 11 |
| Situationen lokalt..... | 12 |
| Ett typfall | 14 |
| TIDIGARE FORSKNING | 16 |
| Vad är samverkan? | 16 |
| Varför ska organisationer samverka? | 17 |
| Förutsättningar för samverkan..... | 19 |
| Relationens betydelse | 21 |
| TEORI..... | 23 |
| Organisationer och organisationsteori | 23 |
| Offentliga organisationer | 24 |
| Institutionell teori och mytperspektiv | 24 |
| Människobehandlande organisationer | 25 |
| Implikationer för förändring och samverkan..... | 26 |
| METOD OCH GENOMFÖRANDE..... | 28 |
| Datainsamling | 28 |
| Validitet | 31 |

| | |
|--|-----------|
| Val av analysmetod | 33 |
| Etiska överväganden..... | 34 |
| Litteratursökning | 34 |
| RESULTAT OCH ANALYS DEL I..... | 36 |
| Konstant förändring – samverkansgruppens framväxt och utveckling | 36 |
| Förutsättningar för samverkan..... | 37 |
| Nivåer av samverkan | 44 |
| Resultat för brukarna | 45 |
| Sammanfattning..... | 47 |
| RESULTAT OCH ANALYS DEL II | 49 |
| Cheferna och samverkan | 49 |
| Förutsättningar för samverkan..... | 51 |
| Nivåer av samverkan | 59 |
| Resultat för brukarna | 59 |
| Sammanfattning..... | 61 |
| Slutanalys..... | 62 |
| AVSLUTANDE DISKUSSION | 64 |
| Vad innebär studiens resultat för samverkansgruppen i Götene?..... | 64 |
| Hur kan studiens resultat vara till hjälp för andra kommuner? | 65 |
| Förslag till vidare forskning | 65 |
| REFERENSER..... | 66 |
| BILAGA 1..... | 69 |
| BILAGA 2..... | 72 |
| BILAGA 3..... | 74 |

INLEDNING

De första Nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård gavs ut av Socialstyrelsen 2007 (Socialstyrelsen, 2007a). Publiceringen blev startskottet för ett gediget kompetenshöjande arbete med målet att öka kunskapsnivån kring missbruk och beroende. Stora utbildningsinsatser sattes in och såväl socialtjänst som primärvården, landstingets psykiatri och kriminalvården bjöds in. Syftet var att öka kunskapen kring missbruk- och beroende och höja kompetensen hos de som dagligen arbetade med denna målgrupp. Under de följande åren skedde en hel del förändringar men det finns mycket kvar att göra (Se kapitel om implementering av de Nationella riktlinjerna).

I april 2011 presenterades ett slutbetänkande från den så kallade Missbruksutredningen, *Bättre insatser vid missbruk och beroende* (SOU 2011:35). Den var resultatet av Gerard Larssons, Regeringens utredares, arbete. Han hade fått i uppdrag att se över bestämmelserna i Socialtjänstlagen (2001:453) och Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) vad gäller vården för personer med missbruks- och/eller beroendeproblem. Han skulle även titta på de två tvångsvårdslagarna, lag (1982:763), om vård av missbrukare i vissa fall, samt lag (1991:1128), om psykiatrisk tvångsvård. Utredningen består av närmare 1000 sidor. Den hade vid sitt färdigställande pågått i cirka tre år, producerat en forskningsbilaga på över 800 sidor, konsulterat en referensgrupp bestående av fjorton forskare, ett trettiotal brukar- och anhörigorganisationer såväl som ett tiotal yrkesföreträdare.

Målsättningen med utredningen var att; *”skapa en kunskapsbaserad missbruks- och beroendevård som utgår från den enskildes behov”* (SOU 2011:35, sid. 17) och i uppdraget ingick att: *”ta ställning till hur kommunernas och landstingens ansvar för missbruks- och beroendevården kan tydliggöras samt överväga behovet av förändringar av ansvarsfördelningen mellan de två huvudmännen.”*(SOU 2011:35, sid. 17) Utredningen skulle särskilt belysa hur samverkan mellan såväl kommun och landsting samt Kriminalvården och Statens institutionsstyrelse kunde utvecklas.

Utredningen resulterade i ett sjuttiotal gällande förändringar i den befintliga missbruksvården. Det är inte möjligt att ta upp alla här, men det mest relevanta gjorde gällande att kommuner och landsting skulle ingå avtal gällande vården av personer med missbruks- och/eller beroendeproblem. Avtal skulle upprättas som reglerade samarbetet mellan huvudmännen.

Lagändring

I juli 2013 kom regeringens reaktion på de i Missbruksutredningen poängterade bristerna. Två nya lagparagrafer fördes in i Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) 8b §, respektive Socialtjänstlagen (2001:453) 5 kap. 9a §. Syftet med lagändringen var att skärpa respektive huvudmans ansvar för att upprätta gemensamma överenskommelser kring personer som missbrukar alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel eller andra beroendeframkallande preparat. På så vis vill man att vården för målgruppen skall förbättras genom att huvudmännen erbjuder behovsanpassat stöd och behandling. Lagförändringen innebär bland annat att den kommunala socialtjänsten och landstingets sjukvård är *skyldiga* att ingå avtal med varandra vad gäller samarbete kring målgruppen.

Min förförståelse

Sedan 2006 har jag arbetat som socionom inom socialtjänsten, inledningsvis arbetade jag ett år i Skara kommun med utredning av barn, ungdomar och familjer. Följande sex år har jag varit anställd för att arbeta med utredning och bistånd till vuxna missbrukare i Götene kommun. Jag började således arbeta i Götene med frågor rörande missbruk 2007, samma år som de Nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård publicerades av socialstyrelsen. Jag har deltagit i samtliga utbildningstillfällen som erbjudits utifrån riktlinjerna och det är mitt intryck att de Nationella riktlinjerna och de efterföljande implementeringsinsatserna har betytt mycket för missbruksvården, men att det finns mycket kvar att göra. Något som stöds av flera utvärderingar och studier på området (se kapitel *Om implementering av de Nationella riktlinjerna*). Jag var även med vid förarbetet till och uppstarten av den socialmedicinska samverkansgruppen i Götene kommun. En samverkansgrupp för personer med missbruks- och/eller beroendeproblem som bygger på ett avtal mellan Götene kommun, regionens psykiatri samt primärvårdens offentliga och privata vårdcentral. Götene var en föregångare vad gäller att teckna sådana avtal och att få till stånd en fungerande samverkan kring målgruppen.

När den nya lagen trädde i kraft i juli 2013 hade samverkansgruppen i Götene varit i drift i närmare tre år. Utifrån den nya lagen är samtliga kommuner och landsting i Sverige skyldiga att följa efter med liknande avtal. Lagen sammanföll tidsmässigt med att det var dags för mig att skriva en masteruppsats. Jag blev tillfrågad av min chef om inte den socialmedicinska samverkan var något som var värt att undersöka närmare, vilket kändes relevant då möjligheten fanns att andra huvudmän kunde ha intresse av resultatet. Arbetet finansieras därför till hälften av min arbetsgivare, den andra hälften finansieras via stipendie från Skaraborgsinstitutet för forskning.

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syfte

Syftet är att undersöka den socialmedicinska samverkan mellan huvudmän, för personer med missbruks- och/eller beroendeproblem i Götene kommun.

Frågeställningar

- Hur har samverkan utvecklats över tid?
- Vilka har förutsättningarna varit för att få till en fungerande samverkan?
- Hur har yrkesrollerna utvecklats och vilken nivå av samverkan har man nått?
- Vilka resultat för vårdtagarna har man åstadkommit?

BAKGRUND

Begreppsförklaring

Klient/patient/brukare

Klient är det begrepp som hör hemma inom socialtjänsten medan patient är den kategorisering som sker inom hälso- och sjukvården. Brukare är ett senare begrepp som används istället för något av de två föregående och syftar på en person som är brukare av någon form av tjänst oberoende av vårdgivare. När man skall prata om mer övergripande vårdinsatser eller insatser som berör flera vårdgivare kan ordet ”brukare” vara att föredra då det inte är kopplat till en specifik vårdgivare (Alborn, 2012). Jag kommer därför använda benämningen brukare genomgående i det här arbetet.

Riskbruk, missbruk och beroende

Riskbruk är ett begrepp som åsyftar en konsumtion av alkohol som är skadligt hög och som riskerar att i förlängningen påverka individens hälsa. Riskbruk är förstadiet till missbruk.

Missbruk och beroende är diagnoser som uppfyller vissa kriterier i antingen DSM-IV eller ICD-10 (Psykiatrins och Världshälsoorganisationens klassificeringssystem för diagnoser). Med missbruk menas allt bruk av olagliga narkotiska preparat eller ett sådant bruk av alkohol som framstår som skadligt för individen. Även användning av läkemedel utöver föreskriven dosering räknas till missbruk. Den svenska narkotikapolitiken kännetecknas av en strikt nolltolerans och allt bruk av narkotikaklassade preparat som inte är medicinskt motiverat är kriminaliserat (Olsson, 2011a). Ett beroende åsyftar när individen, till följd av missbruk av alkohol, narkotika eller läkemedel befinner sig i en situation där missbruket medför starkt negativa konsekvenser för den fysiska och/eller psykiska hälsan såväl som den sociala situation, och där individen är oförmögen att bryta denna situation utan professionell hjälp. Beroende beskrivs som *”ett psykobiologiskt tillstånd med flera samtidiga symptom (syndrom) samt starka kulturella och sociala inslag, ofta med en multifaktoriell bakgrund”* (Socialstyrelsen, 2007a, s.30).

Samsjuklighet

Samsjuklighet är det begrepp som används om en person som har flera olika psykiatriska och/eller somatiska diagnoser samtidigt. Tidigare användes begreppet ”dubbeldiagnos”. Enligt Missbruksutredningens forskningsbilaga (SOU:2011:6) finns få siffror från forskning i Norden som med säkerhet kan säga hur det ser ut med samsjuklighet mellan missbruk och/eller beroende och samtidig psykiatrisk sjukdom. De som finns överensstämmer med internationell och utomnordiska resultat. Studierna har visat att för de som söker vård vid missbruk och/eller beroende finns en 30-50 procentig sannolikhet att de under sin livstid också kommer bli aktuella för psykiatrisk vård. De omvända siffrorna gör gällande att av de personer som söker vård för psykiatriska problem har runt 20-30 procent ett samtidigt missbruk eller beroende. Det finns även en risk att de olika tillstånden förstärker varandra och att såväl de psykiska problemen som missbruket förvärras (Socialstyrelsen, 2007a). Alborn (2012) konstaterar att det finns risk att grupper med svår problematik också drabbas av sociala problem vilket ställer krav på samarbete med organisationer som arbetar med sociala frågor.

Enligt en sammanställning av flera studier som gjorts för Missbruksutredningens forskningsbilaga (SOU 2011:6) av Agneta Öjehagen, professor vid Lunds universitet, är risken för självmordsförsök, så kallat suicidförsök, ökad för målgruppen med samsjuklighet.

För personer med ett dokumenterat alkoholberoende som har tagit sitt liv har det visat sig finnas en depression i upp till 75 % av fallen. Förekomsten av psykiatriska sjukdomar verkar öka ju svårare missbruk/beroende som föreligger och för personer med narkotikamissbruk eller beroende är det vanligare med personlighetsstörningar och liknande, än för personer med alkoholmissbruk eller alkoholberoende. Vid en jämförelse mellan könen framkommer att kvinnor har högre sannolikhet att utveckla psykiska sjukdomar än män. Forskningsbilagan konstaterar att särskilt suicidrisken kräver ökad samverkan mellan vårdgivarna.

Sekretess/sekretessmedgivande

Sekretess, även kallat tystnadsplikt, är bestämmelserna i bland annat Socialtjänstlagen som säger att de anställda inte får lämna ut uppgifter angående enskildas personliga förhållanden (Socialtjänstlagen 2001:453). Ett sekretessmedgivande är en försäkran från den enskilde om att berörda instanser får lyfta sekretessen i syfte att gemensamt planera vården.

Politik och kostnader

Enligt Missbruksutredningens forskningsbilaga (SOU 2011:6) skattades 2008 samhällets kostnader för missbruk av alkohol till 49,3 miljarder kronor. Av denna summa utgör de statliga myndigheternas kostnader 7 miljarder (14 procent) vilket innefattar bland annat rättsväsendets arbete. Socialtjänsten står för ca 8 miljarder (16 procent) och sjukvården 5 miljarder (10 procent). Resterande kostnad är så kallat produktionsbortfall orsakat av sjukskrivningar eller för tidig död. Kostnaden för missbruk av narkotika skattades till ca 23,6 miljarder kronor för samhället i stort med en snarlik fördelning av kostnaden myndigheterna emellan.

Forskningsbilagan konstaterar vidare att alkoholkonsumtionen i samhället minskat de senaste åren men ligger på en fortsatt hög nivå jämfört med slutet av 1900-talet. Alkoholkonsumtionen i samhället över lag är relevant utifrån den så kallade totalkonsumtionsmodellen, vilket innebär att antalet personer med alkoholproblem står i direkt relation till hur stor alkoholkonsumtionen är i samhället över lag. Det finns tecken på en ökande nivå av alkoholskador och den tidigare trenden med sjunkande alkoholrelaterad dödlighet har vänt uppåt. Likaså finns en ökning i den alkoholrelaterade sjukhusvården.

Narkotikatillgängligheten i Sverige är starkt påverkad av hur det ser ut i övriga världen. Majoriteten av all narkotika importeras och det finns inga tecken på en minskande tillgänglighet. Tvärtom anses tillgängligheten ligga på en fortsatt hög nivå sett till situationen de senaste fyrtio åren. Från de senaste åren finns förhållandevis lite forskning kring narkotikaanvändningen i Sverige men under 1990-talet konstaterades den vara ökande och det finns inget som pekar på att någon förbättring har skett sedan dess (SOU 2011:6).

I boken *Narkotika - om problem och politik* (Olsson, 2011b) konstaterar författarna att den så kallade totalkonsumtionsmodellen inte tycks vara applicerbar på narkotikaområdet. Det vill säga att tillgången till narkotika i sig inte är i direkt relation till antalet personer som utvecklar ett tungt narkotikamissbruk. Orsaken till att vissa individer utvecklat ett missbruk är istället många och brukar förklaras med en kombination av egenskaper och förhållanden hos det narkotiska preparatet såväl som egenskaper hos individen och miljön runt omkring. Han konstaterar vidare att den svenska narkotikarelaterade dödligheten i Sverige ligger ungefär dubbelt så högt som genomsnittet i EU.

Den svenska alkoholpolitiken har traditionellt sett delats in i tre åtgärdssystem som skall påverka tillgången till alkohol, vara upplysande samt arbeta med förebyggande insatser gentemot hela befolkningen såväl som grupper i riskzonen. Det skall även erbjuda vård och behandling för personer med alkoholproblem. Åtgärdssystemet är att anse som dynamiskt vilket betyder att förändringar i en del av systemet direkt återspeglas i de andra. Under de

senaste tio åren har kontrollsystemet försvagats och förändrats vilket har ökat behovet av såväl upplysande och förebyggande insatser som vård och behandling (Socialstyrelsen, 2007a). Likaså har vad Olsson kallar för det problematiska narkotikaanvändandet ökat de senaste åren trots stora ansträngningar till motsatsen. De studier som genomförts kring narkotikamissbruk visar så gott som samtliga att tunga narkotikamissbrukare rekryteras från socialt utsatta och ekonomiskt svaga grupper i samhället. I förlängningen innebär det att man kan se en ökning av antalet individer med narkotikamissbruk under perioder med svagare ekonomisk situation och ökande arbetslöshet i samhället. Likaså kan man se att av alla som togs in i svenska fängelser under 2009 var 57 % att räkna som narkotikamissbrukare (Olsson, 2011b).

Vilken organisation gör vad?

Socialtjänsten

Den kommunala socialtjänsten har det övergripande och yttersta ansvaret vad gäller att erbjuda vård och behandling för personer med alkohol- och/eller narkotikaproblem. Socialtjänsten ansvarar för utredning och bedömning, social rehabilitering och uppföljning, boende, ekonomi och sysselsättning enligt socialtjänstlagen (Socialtjänstlagen 2001:453). Socialtjänsten ansvarar även tvångsvård av personer med missbruksproblem; Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), (1988:870) där socialtjänsten med stöd av sjukvården kan utreda vårdbehovet och ansöka till Förvaltningsrätten om att någon skall vårdas med stöd av nämnda lag. Efter eventuell dom ansvarar Statens Institutionsstyrelse för vården men en samverkan krävs med socialtjänsten för att vården skall genomföras på bästa möjliga premisser samt för uppföljning och stöd efter vårddagen (Alborn, 2012).

Primärvården

Primärvården, såväl de offentliga som privata vårdcentralerna, har precis som socialtjänsten, ett ansvar för att uppmärksamma och arbeta förebyggande kring personer med riskbruk, missbruk eller beroende i de fall det inte föreligger allvarliga psykiatriska tillstånd. Man skall även kunna erbjuda viss medicinsk behandling av patienter med psykiatriska tillstånd, då dessa är stabila, även för personer med missbruksproblem (Alborn, 2012).

Regionens psykiatriska slut- och öppenvårdspsykiatri

När det gäller komplicerade abstinensbehandlingar är det regionens psykiatri (beroendevården) som har ansvaret för behandlingen. Likaså har psykiatrin ansvar för vård och behandling av personer med psykiatriska problem såväl hos personer med missbruk eller beroende som befolkningen i övrigt. Det innebär att psykiatrin tillsammans med socialtjänsten har ansvar för att ge behandling av missbruks- och beroendeproblem bland sina brukare (Alborn, 2012).

Kriminalvården

Kriminalvården är inte delaktiga i denna studie men är viktiga att nämna då de ansvarar för en stor grupp brukare med missbruksproblem under strafftiden. Även om kriminalvården inte har något egentligt behandlingsansvar har de ett rehabiliteringsansvar för sina brukare som innebär att man behöver erbjuda vård vid missbruks- och beroendeproblem. Kriminalvårdens insatser måste dock samordnas med, och följas upp av socialtjänsten och sjukvården om de skall ha någon bestående effekt efter strafftidens slut (Alborn, 2012).

Privat, ideellt eller brukarstyrt

Utöver de nämnda offentliga organisationerna finns en hel del privata och ideella organisationer och brukarorganisationer. En brukarorganisation är en samverkan av personer

som tidigare har haft missbruks- eller beroendeproblem men som tagit sig ur det och nu arbetar för att hjälpa andra i samma situation. Det kan vara i brukarnas intresse att offentliga organisationer såsom socialtjänst eller sjukvård samverkar med dessa organisationer för integrerade vårdinsatser (Alborn, 2012).

Om implementering av de Nationella riktlinjerna

När man pratar om missbruk och beroende i Sverige idag är Socialstyrelsen Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård oundvikliga att nämna. Riktlinjerna som kom 2007 var de första i sitt slag och är grunden till mycket av den kompetenshöjning som skett på området. Via organisationen "Kunskap till praktik" är Sveriges kommuner och landstings utvecklingsarbete för missbruks- och beroendevården. De genomförde under åren som följde stora utbildnings-insatser för att implementera de nationella riktlinjerna hos de som arbetade med målgruppen. Kunskap till praktik finns på såväl nationell som regional och lokal nivå och syftar till att kommuner, landsting och regioner skall ta ett gemensamt ansvar för implementeringen av de Nationella riktlinjerna genom att omsätta evidensbaserad kunskap till praktik, och att det skall utmynna i bästa tänkbara vård för brukarna.

Med evidensbaserad kunskap och praktik menar de:

- Bästa tillgängliga och vetenskapliga kunskap
- Brukarnas erfarenhet och önskemål
- Professionell erfarenhet och yrkeskunskap

De tre delarna skall samtliga vägas in och användas i det praktiska arbetet. Utvecklingsarbetet innebär att ge kvalificerat stöd till kommuner, landsting och regioner genom att utbilda och informera samtliga nivåer i organisationerna om evidensbaserade arbetssätt. Samt att utveckla en struktur som lämpar sig för erfarenhetsutbyte och samverkan mellan såväl kommuner och Landsting som lokala Forsknings- och Utvecklingsenheter (FoU), högskolor och universitet (Riktlinjer i Västs hemsida, 2013-11-01).

Enligt en utvärdering av arbetet i Västra Götaland (Ramböll, 2010) som genomfördes 2010 bedömdes utbildningsinsatserna ha lett till att kommunens personal i stor utsträckning blivit insatta i de Nationella riktlinjerna, detsamma kunde dock inte sägas för regionens personal, där endast en fjärdedel uppges vara väl förtrogna med de Nationella riktlinjernas innehåll. För de kommunala deltagarna har resultaten visat på en ökad förståelse för andra aktörer såväl som en ökad känsla av organisatoriskt ansvar för målgruppen. De regionala representanterna har kommit olika långt i detta arbete men utredaren konstaterar att det hittills endast har lett till begränsat bättre förutsättningar för personalen beroende på att de inte deltog i utbildnings-insatserna i samma utsträckning som kommunens personal.

Enligt en gemensam utvärdering mellan Lunds universitet och Linnéuniversitetet av insatsen "Kunskap till praktik" på nationell nivå (Fridell m.fl. 2011) deltog endast 53 % av landets kommuner i utbildningsinsatserna 2009. Göteborgs stad deltog till exempel inte och det finns skillnader inom samma regioner, där vissa kommuner deltar och andra inte. Det framkommer dock att deltagandet ökade om man jämför de senare utbildningsomgångarna med de första. Ramböll framhöll dock i sin utvärdering 2010 att fortsatta utbildningsinsatser var nödvändiga.

Förekomsten av regionala avtal

Genom "Kunskap till praktik" åtog sig de regionala huvudmännen att arbeta fram en tydlig ansvarsfördelning mellan den regionala psykiatrin, beroendevården, primärvården och

socialtjänsten för personer med samsjuklighet. Med hjälp av en sådan ansvarsfördelning vill man utveckla vårdkedjan och lägga grunden för en fungerande vård även lokalt. Enligt en utvärdering av Kunskap till praktik (Fridell m.fl. 2012 delrapport II) angående implementeringen av de Nationella riktlinjerna för Missbruks- och beroendevård håller många län på att organisera ett integrerat arbetssätt kring målgruppen. Enligt deras sammanställning har 19 av totalt 21 län hittills träffat överenskommelser kring samverkan. Övriga två län har ännu inte utverkat något styrdokument avseende detta område.

Av de län som har tecknat överenskommelser har introduktion och genomförande av samverkan skiljt sig åt. I vissa län har man börjat ta fram en policy som man sedan implementerat på lokal nivå, andra län har haft lokala avtal men fått börja om för att få till en enhetlig regional överenskommelse. Fridell redogör för en tabell där personal fått besvara en fråga; *"Våra lokala huvudmän har inte fått till stånd en fungerande samverkan kring personer med samsjuklighetsproblem"* (Fridell m.fl. 2012, s16). Resultatet visar på en klar förbättring av samverkan i fyra län och en tendens till förbättring i två, 2012 jämfört med 2010. För riket totalt rapporterade personalen siffrorna är 2,17 för 2010 och 2,41 för 2012. Skalan är från ett till fem där man eftersträvar så höga siffror som möjligt. En femma skulle vara detsamma som att man har en fungerande samverkan på lokal nivå.

Situationen lokalt

2011 presenterades en *Rapport om samverkan i Västra Götalands missbruks- och beroendevård* (Schött, Thunander & Anderson, 2011) där man utifrån intervjuer, enkäter och samverkans-dokument konstaterar att det inom Västra Götalandsregionen idag pågår mycket samverkan. Det är författarnas åsikt att det framförallt verkar finnas en *vilja* till att samverka på olika plan och att det inom sjukvård och socialtjänst verkar vara en konstaterad självklarhet att man ska samverka. Även Kriminalvården och Statens institutionsstyrelse har samverkansavtal med sina berörda myndigheter. Primärvården samverkar i huvudsak med psykiatri och socialtjänsten, två tredjedelar av socialtjänsterna uppger sig ha rutiner för samverkan med vårdcentral, psykiatri och kriminalvård men hälften av de svarande anser sig sakna någon samverkanspart och till övervägande del är det primärvård eller psykiatri som saknas. Vid författarnas mer ingående samtal med respondenterna bekräftas tidigare i det här arbetet presenterade bild av brister i samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården men framför allt mellan primärvård och psykiatri. I vissa större kommuner samt i Göteborg finns även problem med intern samverkan som en följd av en ökad specialisering inom arbetsområdena.

Götene kommuns samverkansavtal

Götene kommun har ca 13 000 invånare och är beläget mitt i Skaraborg, längs med E20. Skaraborg utgjorde fram till 1998 ett eget län men ingår sedan omstruktureringen i Västra Götalands län, om än med viss separat förvaltningsstruktur.

I oktober år 2010 trädde ett samverkansavtal i kraft mellan Götene kommun, primärvården i Götene och Västra Götalandsregionens öppenpsykiatriska mottagning vid sjukhuset i Lidköping samt beroendemottagningen med ansvar för abstinensbehandling vid sjukhuset i Falköping. *"Avtalsområdet omfattar personer som är folkbokförda i Götene kommun som lever med ett risk- eller missbruk, en beroendesjukdom eller en samsjuklighet (missbruk/beroende och psykisk/somatisk funktionsnedsättning). Huvudmännen har, inom sina respektive verksamhetsområden, ansvar för att dessa individer får stöd och hjälp, behandling, service och hälso- och sjukvård"* (Se bilaga 1, sida 1(3)). Avtalet tecknades med hänvisning till Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård och innehåller en detaljerad redogörelse för respektive organisations skyldigheter såväl praktiskt

som ekonomiskt. Det reglerar även styrgruppens arbete och dikterar att styrgruppen skall träffas fyra gånger per år och stämma av hur samverkan fungerar. Styrgruppen skall enligt avtalet bestå av enhetschefer för vuxenheten inom socialtjänsten, enhetschefen för den kommunala psykiatrin, enhetschefen för öppenvårdspsykiatrin i Lidköping samt de två vårdcentralsscheferna. I dagsläget deltar dock inte chefen från öppenvårdspsykiatrin. Styrgruppens uppgift är att följa upp samverkan och se att den fungerar enligt avtalet, samt föreslå förändringar vid behov. Gruppen är även ansvarig för omvärldsbevakning.

Arbetet med att formulera avtalet pågick i närmare 1½ år. Att det tog så lång tid berodde på att det sammanföll med Vårdvalet, vilket betydde att en ny, privat vårdcentral kom till i Götene. Denna ville kommunen gärna få med i samverkan. En i sammanhanget viktig men tragisk händelse påverkade också arbetet med avtalet, då en brukare avled i slutet av 2009. Brukarens död och hanteringen av dennes ärenden anmäldes till såväl Socialstyrelsen som Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) som granskade socialtjänstens, primärvårdens och psykiatris ägerande.

Resultatet av Socialstyrelsen och HSANs granskning var ett möte med de berörda vårdgivarna där de granskande myndigheterna tydligt poängterade att de ansåg att brister i samverkan mellan vårdgivarna var en viktig bidragande orsak till brukarens bortgång. När representanterna från Götene kommun då meddelade att man hade ett samverkansavtal mellan samtliga vårdgivare så gott som klart och endast ville ha en påskrift från cheferna för respektive enhet, var detta något som Socialstyrelsen och HSAN såg som väldigt positivt. Med vid mötet var då de högsta cheferna för psykiatrin såväl som kommunen och den offentliga vårdcentralen och vid sittande bord lovande samtliga att skriva på och göra den socialmedicinska samverkan till ett faktum.

Samverkansgruppensgruppen i Götene

Sedan slutet av år 2010 har samverkansgruppen träffats två timmar var fjortonde dag samt vid behov, med uppehåll för sommaren. Efter en omstrukturering deltar i dagsläget den privata vårdcentralen samt de två psykiatrienheterna endast vid vartannat tillfälle. Deltagarna i gruppen har varierat över åren men yrkeskompetenserna har varit i stort sett desamma; Socialtjänsten har representerats av en socialsekreterare med ansvar för utredning och bedömning av vårdbehov av personer med missbruksproblem samt en alkohol- och drogrådgivare som arbetar med personer som frivilligt söker stöd för missbruksproblem, eller är anhörig till någon med dessa bekymmer. Från kommunens psykiatriska stödenhet kommer en sjuksköterska som ansvarar för de medicinska bedömningarna för brukare med psykiatriska besvär, samt en socialpedagog som anställts med hänvisning till kommunens önskemål om att bättre kunna möta behovet av stöd på hemmaplan för personer med missbruks- och beroendeproblem. Från primärvårdens två vårdcentraler har det deltagit en läkare respektive en psykiatrisjuksköterska. Västra Götalandsregionens beroendemottagning med ansvar för svårare abstinensbehandlingar och brukare som behöver ineliggande vård har deltagit med en psykiatrisjuksköterska. Den öppenpsykiatriska mottagningen ansvarar för individer med komplexa psykiska problem i behov av bedömning och behandling, de har deltagit med en skötare. Andra yrkeskompetenser har kunnat adjungeras vid behov och under kortare perioder har några enhetschefer varit med i övergången mellan olika personaltillsättningar.

Enligt avtalet skall man vid samverkansmötena planera vården för de brukare som skrivit på ett sekretessmedgivande. Diskussionerna skall leda fram till en gemensam överenskommelse om vårdbehov och planering samt upprättandet av en individuell vårdplan. Med vid mötet skall brukaren samt eventuellt anhöriga kunna vara, utöver de professionella som har kontakt med respektive individ. Totalt har 40 sekretessmedgivanden tagits in sedan starten, två av dem har varit dubletter då brukare varit frånvarande från vård en tid och

därför fått skriva ett nytt medgivande. De flesta, om än inte samtliga, sekretessmedgivanden har lett till en genomförd vårdplanering. Utöver det har ett mindre antal brukare diskuterats anonymt.

Samverkan skall även syfta till kompetensutbyte mellan deltagarna samt tillse att de som arbetar med missbruk och beroende har en gemensam kunskapsbas. Med gemensam kunskaps-bas avses att samtliga medlemmar i samverkansgruppen skall ha en likvärdig kunskap och förståelse kring missbruks- och beroendeproblematik.

Ett typfall

För att ge läsaren en bättre bild av den problematik som brukarna som planeras i samverkans-gruppen har, gör jag här en typfallsbeskrivning. Klienten som beskrivs är i alla avseenden lik en riktig klient men är inte avbild av någon enskild specifik person.

Gösta

En man i 40-årsåldern som kommer från en familj där pappan hade alkoholproblem och föräldrarna skilde sig tidigt. Pappan dog av alkoholrelaterade skador i 50-årsåldern. Modern Gerda uppfostrade Gösta ensam. Han började röka i tidiga tonåren och strax efter det att dricka öl och lite senare sprit. Skolgången var sporadisk med mycket skolk och han hoppade av gymnasiet i förtid. Vid 20 års ålder fick han barn tillsammans med sin dåvarande flickvän men relationen blev kortvarig. Några år senare fick han ytterligare ett barn med en annan kvinna. Relationerna med respektive tjej varade endast ett par månader vardera och båda barnen växte upp med sina mödrar och har i dagsläget knappt någon kontakt med Gösta. Yrkesmässigt har han haft det svårt. Några kortare anställningar inom industrin har avslutats efter konflikter på arbetsplatsen eller att Gösta uteblivit flertalet gånger på oklara grunder.

Göstas mamma Gerda har hela tiden försökt stötta sin son och när Gösta är runt 30 år kontaktar hon socialtjänsten. Då har Gösta för tredje gången blivit inlagd på sjukhuset i Falköping för abstinensbehandling efter en längre period med kraftigt alkoholmissbruk. Under de kommande tio åren erbjuds Gösta olika sorters stöd från socialtjänsten. Han spenderade några månader på behandlingshem i tre olika omgångar, två av behandlingshemsvistelserna avbröt han i förtid och återgick till sitt missbruk, den tredje och senaste fullföljde han och var sedan nykter i nio månader.

Under det senaste året har Gösta återfallit i missbruk. Det har inkommit flertalet rapporter till socialtjänsten om att Gösta omhändertagits av polisen när han varit så pass berusad att han inte kunnat ta hand om sig själv. Han har varit inlagd på beroendemottagningen i Falköping för abstinensbehandling ytterligare ett par gånger. Vid senaste inläggningen var han kraftigt berusad men fick plats med anledning av att han uttryckte självmordstankar och en önskan om att inte fortsätta sitt liv.

Den psykiska hälsan har varit svajig under hela Göstas liv. I barndomen hade han lätt för att bli arg och ta till våld när han inte förstod/kände sig förstådd. På arbetsplatserna skedde det lätt missförstånd som ledde till konflikter, Gösta menar att han ständigt blir missförstådd och han är mycket misstänksam mot människor i omgivningen. Han har återkommande problem med ångest och oro vilket ger honom svårigheter i sociala eller offentliga sammanhang, så som till exempel att åka buss. Gösta beskriver att han använder alkoholen som självmedicinering mot ångesten. Han har periodvis även använt hasch i samma syfte. Gösta har upprepade gånger varit remitterad till vuxenpsykiatriska mottagningen för bedömning men han har uteblivit flera gånger och säger sig i dagsläget inte ha någon ny tid att vänta dit.

Socialekreteraren upplever en frustration över att inte kunna hjälpa Gösta till en stabil nykterhet och anser att Gösta behöver hjälp från psykiatrin. Beroendevården är frustrerad över att Gösta åker in och ut för abstinensbehandling utan någon påtaglig förändring eller

långsiktig planering. Vuxenpsykiatrien ser att Gösta har en psykiatrisk problematik men känner att de inte kan behandla honom så länge han är i aktivt missbruk.

Med samverkan

Efter att samverkansgruppen inrättats blev Gösta ett naturligt ärende för planering. Flera av deltagarna har haft kontakt med Gösta på sina respektive enheter. Socialsekreteraren aktualiserar ärendet då Gösta återigen uttryckt ett önskemål om att sluta dricka men att han upplever att han inte klarar det på egen hand. Efter senaste behandlingshemsvistelsen höll han sig nykter, som tidigare konstaterats, i nio månader. Däremot fallerade det med anledning av hans kraftiga ångest.

Med vid mötet är en sjuksköterska från beroendevården som berättar hur situationen har sett ut för Gösta när han varit inlagd. Det framkommer att han får kraftiga anfall av ångest som krävt extra medicinering. Skötaren från öppenspsykiatrien konstaterar att Gösta varit hos dem för bedömning vid tre tillfällen men sedan inte kommit på efterföljande tider. Läkaren från Vårdcentralen konstaterar att Gösta är listad hos dem, men har ingen kännedom om honom sedan tidigare.

I vårdplaneringen bestäms att erbjuda Gösta kontakt med den kommunala psykiatriska stödgruppen. En läkartid bokas för att se om Gösta är i behov av abstinensbehandling. Han får även en tid bokad för bedömning på den öppenspsykiatriska mottagningen. Socialpedagogen från stödgruppen kommer följa med Gösta på de båda besöken för att vara ett stöd såväl under själva resan men även vid kontakterna. Socialsekreteraren fortsätter att ha kontakt med Gösta då en utredning med anledning av hans önskan om stöd fortgår.

Göstas ärende stäms av var 14:e dag så länge behovet består. Genom avstämningarna kan man se vad som fungerar kring den planerade vården, och vad som behöver förändras. I och med denna samverkan följer man upp Gösta regelbundet utifrån samtliga professioner och förhindrar att Gösta "faller mellan stolarna".

TIDIGARE FORSKNING

Vad är samverkan?

I *Samverkan* (2009) gör Kajsa Lindberg, docent i företagsekonomi vid Göteborgs Universitet, ett försök att beskriva samverkan utifrån ett organisatoriskt perspektiv såväl som varandes ett praktiskt fenomen. Hon konstaterar bland annat att samverkan är en interaktion mellan två eller fler personer som arbetar i olika organisationer. Berth Danermark är professor vid Örebro universitet, institutionen för hälsovetenskap. Han är en välciterad författare på området och blir men sina tre böcker (Danermark & Kullberg 1999, Danermark, 2003, Danermark, 2004) en tyngdpunkt i detta arbete. Utgångspunkten för honom har varit boken *Samverkan – välfärdsstatens nya arbetsform* där han tillsammans med Christian Kullberg, professor i socialt arbete vid högskolan Dalarna, gör en granskning av en samverkan mellan socialtjänst, hälso- och sjukvården samt försäkringskassan. Enligt Danermark är samverkan medvetna, målinriktade handlingar som utifrån ett definierat problem eller syfte avhandlas tillsammans med andra i en avgränsad grupp (Danermark, 2003). Mikael Löfström är universitetslektor vid Högskolan i Borås. I denna studie deltar han med tre artiklar kring samverkan och gränser. Enligt Löfström (2010a) handlar integreringen av olika organisationer om att samorganisera resurser.

Samverkan i sig är inget nytt fenomen och inom den offentliga sektorn har det funnits samverkansprojekt sedan 1970-talet, främst med fokus på socialmedicinsk samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvården. Sedan 1990-talet och framåt har samverkan blivit allt vanligare men även börjat ta andra former. Idag innefattar samverkan ofta såväl kommunala som statliga och landstingskommunala verksamheter (Löfström, 2001). Enligt Bak & Gunnarssons (2000) utvärdering av Familjecentraler är samverkan en av de organisatoriska lösningar som prövas inom välfärdsstaten idag. Idén om samverkan är sprungen ur förväntningarna på socialtjänsten att organisera och integrera sig med andra verksamheter, något som betonats ytterligare i och med att Socialtjänstlagen trädde i kraft, ursprungligen 1982 men vid bokens publicering utifrån 1998 års version.

2001 förnyades Socialtjänstlagen igen och vid en granskning av ordet samverkan kan man finna flertalet paragrafer som hänvisar till Socialtjänstens skyldighet att samverka med andra samhällsorgan, organisationer eller andra berörda i frågor som rör funktionshindrade, äldre eller barn som far illa. Den övergripande paragrafen kring samverkan för samtliga samhällsgrupper lyder "(...) När det är lämpligt skall nämnden härvid samverka med andra samhällsorgan och med organisationer och andra föreningar." samt "Socialnämnden insatser för den enskilde ska utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne och vid behov i samverkan med andra samhällsorgan och med organisationer och andra föreningar" (Socialtjänstlagen 2001:453, kap 3 §§ 4 & 5).

Samverkan har setts som en möjlighet att organisera vården över myndighetsgränserna. I själva begreppet samverkan finns underförstått att det handlar om gränsöverskridande arbete där organisationens gränser både tydliggörs och överskrids. De offentliga organisationerna i Sverige har de senaste årtiondena gått mot ett allt mer specialiserat och avgränsat arbetssätt vilket i sin tur inneburit ett ökat krav på samarbete med andra verksamheter i de mer komplexa ärendena (Danermark & Kullberg, 1999; Lindberg, 2009). Att samverkan har blivit så populärt kan vara för att det ses som en lösning på många organisatoriska problem såväl som att det anses förbättra vården för brukarna (Löfström, 2001; Lindberg, 2009; Danermark & Kullberg, 1999). Idag ses samverkan lite som en universallösning för kunskapsutveckling

och ökad kvalitet i verksamheterna, det kan i det närmaste liknas vid ett organisationsmode (Lindberg, 2009).

Enligt Danermark (2003) finns det dock flera oroande faktorer med samverkan. Först och främst kan nämnas att samverkan tar tid från den ordinarie verksamheten, vilket riskerar att upplevas som negativt om inte mer resurser tillkommer. Samverkan innebär generellt sett också en förändring av arbetet och organiseringen. All förändring riskerar att orsaka turbulens bland de anställda och om syftet med samverkan inte är tillräckligt väl förankrat riskerar dessa faktorer att vara grogrund för oro och irritation.

Ett alternativ som förs fram av Lindberg (2009) angående att se organisationer som avgränsade enheter, är att istället betrakta dem som växande och föränderliga. Lindberg ställer sig frågande till hur samverkan skall kunna vara stabil om inte respektive organisation är det? Löfström (2001) menar dock att samverkan inte alls behöver betyda att myndighetens uppdrag förändras utan att det snarare handlar om att samverkansgruppens medlemmar får utmana sina egna föreställningar om verksamhetens utformning såväl som att lära sig dra nytta av de möjligheter som erbjuds vad gäller kompetensutbyte och kontaktskapande.

Claes-Göran Westrin (1986b) presenterar en samarbetsmodell i fyra steg, baserad på ett schema över samarbete skapat av psykiatern Bengt Berggrens. I den första fasen, *separation*, är organisationerna åtskilda och det sker ingen samverkan över huvud taget. I nästa steg finns en *koordination* av insatser, där man till exempel remitterar brukare sinsemellan. En första nivå av samverkan kommer vid steget *kollaboration* där verksamheterna har sina respektive yrkesområden men samverkar kring vissa specifika brukare. Nästa nivå blir sedan att hela verksamheterna *integreras* med varandra. I detta steg utförs endast en mindre del av arbetet yrkesspecifikt och det spelar ingen roll vilken profession en brukare kommer till först för vård.

Svårigheten har enligt Löfström (2010a) inte varit att integrera de olika professionernas kunskaper sinsemellan, utan att integrera de hierarkiska strukturerna vad gäller beslutsfattande och regelverk. En möjlig lösning på det kan enligt Löfström vara att skapa samverkansorganisationer med stöd av lagstiftning och på så sätt skapa en gemensam kommitté för samverkan mellan myndigheter. Enligt Löfström är detta något som behöver forskas mer på.

Huxham & Vangen (2005) gör en studie av förutsättningarna för interorganisatorisk samverkan och drar många slutsatser kring dess svårigheter. De förmedlar en relativt bister syn när de tidigt i boken problematiserar samverkan så här: "(...) seeking collaborate advantage is a seriously resource-consuming activity so is only to be considered when the stakes are really worth pursuing. (...) Don't do it unless you have to"(s.13). De menar vidare att deras erfarenhet av samverkan tyder på att det ofta är svårt att få samverkan att hålla över tid. De sammanfattar faktorerna de sett i de fungerande fallen med att det har varit rätt personer, på rätt tid, vilket å ena sidan är ett nedslående resultat som tyder på att en väl fungerande samverkan är styrd av slumpen. Å andra sidan är det ett bevis på att det faktiskt finns positiva exempel på fungerande samverkan.

Varför ska organisationer samverka?

Löfström (2001) gör en studie om samverkan mellan offentliga organisationer och konstaterar att man genom samverkan får en möjlighet att sätta brukare och dennes behov i första rummet. I en annan studie om samverkan och gränser (2010b) konstaterar han att det är genom samverkan som handläggare från olika organisationer kan träffas och pröva nya arbetsmetoder, utveckla nya vägar för att utföra arbetsuppgifter och således få möjlighet att ge ett annat bemötande till de brukare som önskar ta del av deras tjänster.

Danermark (2004) poängterar vikten av att besvara frågan om varför man skall samverka innan man inleder ett projekt. Det finns några möjliga varianter av svar, till exempel att det är

för klientens/patientens bästa, ett svar och en orsak som är både politiskt och ideologiskt korrekt. Danermark menar dock att en annan vanligt förekommande orsak är av mer ekonomiskt karaktär, där man inleder samverkan med en förhoppning om att kunna spara pengar. Han poängterar vidare att den ekonomiska aspekten är ett fullt legitimt skäl till samverkan då alla organisationer bör hushålla med sin ekonomi och sträva efter att arbeta så effektivt som möjligt.

Som Löfström (2001) menar har det blivit populärt att samverka delvis eftersom det ses som en lösning på många organisatoriska problem och att det förbättrar vården för brukarna. Han redogör även för en mängd statliga utredningar som pekar på behovet av och nyttan med att samverka. I utredningarna är det främst tre skäl som lyfts fram till gagn för samverkansidén; Först och främst lyfts den ekonomiska aspekten fram där man pekar på att samverkan leder till effektivare resursanvändning. Ekonomiska vinster skall i sin tur kunna leda till ökad kvalitet och att de totala kostnaderna minskar. Självklart skall samverkan också göra vården bättre för de grupper i samhället som är extra utsatta och ofta "faller mellan stolarna" och slutligen möjliggör samverkan för ökat inflytande från brukarna. Resurssparandet kan även ses genom att man tack vare samverkan kan förhindra så kallat dubbelarbete, det vill säga att olika instanser gör samma eller likartat arbete.

En annan form av resurssparande blir enligt Danermark (2004) att man genom samverkan kan förhindra att en individ otillbörligen utnyttjar systemet. Samtidigt innebär samverkande aktiviteter ofta att fler personer inom målgruppen kan fångas upp och erbjudas stöd, vilket i förlängningen istället ger en ökad kostnad för organisationen.

Lindberg (2009) diskuterar kring vad hon kallar för *sex orsaker till samverkan*. Flera av dem tangerar varandra såsom *Nödvändighet* och *Asymmetri* som båda berör samverkan som kommit till stånd med anledning av ett externt uppdrag. I det första fallet, nödvändighet, kan det till exempel handla om lagstiftad samverkan för vissa utsatta grupper eller föreskrifter om samverkan från socialstyrelsen. Med asymmetri menas att en organisation kan utöva påtryckningar på en annan. I många fall är även denna typ av samverkan beordrad uppifrån, antingen högre upp i organisationen eller från till exempel en tillsynsmyndighet. Desto bättre är det när samverkan är sprungen ur en *Ömsesidighet* och målet med samverkan är av gemensamt intresse - för att uppnå vad man inte klarar av på egen hand. Ytterligare en orsak till samverkan är strävan efter *Effektivitet* där organisationen samverkar med en önskan om att öka sin inre effektivitet såväl som att hålla kostnaderna nere. Via samverkan kan man även få *Stabilitet* och säkerställa tillgång till de andra samverkansparternas resurser. Det ses även som ett sätt att generera lösningar eller skapa stabilitet. Slutligen kan samverkan med andra organisationer bidra till att ge *Legitimitet* åt en organisation. Vilka man samverkar med, och således förknippas med, kan påverka en organisations image eller rykte.

Alborn (2012) konstaterar att samverkan ofta är otydligt strukturerad och är både tids- och resurskrävande men att det ändå kan leda till en bättre helhetssyn kring brukaren. På det sättet kan effektiviteten öka och det kan bli lättare för brukaren att få rätt vård vid rätt tillfälle vilket i sin tur ger effekten av minskat lidande för individen. Likaså kan samverkan leda till att ansvarsfördelningen mellan myndigheterna blir tydligare. Detta blir som allra tydligast när man ser samverkan kring de brukare som har allra mest komplex problematik och där det är flera vårdgivare inblandade. Vårdgivarna och organisationerna måste i dessa fall hitta en fungerande samverkansrutin för att de olika insatserna skall kunna överlappa och avlösa varandra på ett bra sätt. Likaså kan en väl etablerad och fungerande samverkan med en tydlig ram för behandling och stödåtgärder ge ökade förutsättningar för kontinuitet i vården vilket i sin tur kan bidra till att förbättra kontakten mellan de professionella och brukarna.

Alborn menar vidare att eftersom missbruksproblem förekommer inom samtliga verksamheter som riktar sig till människor måste det finnas en väl fungerande samverkan och etablerade kontakter för att möjliggöra för tidig upptäckt. Genom att ha rutiner för att slussa

brukare vidare underlättar man för personalen att både våga se missbruket samt att agera för att erbjuda individen vård utifrån att man vet vart man skall vända sig. En väl fungerande samverkan skall, idealt sett, se till att brukaren aldrig behöver fundera över eller själv tvingas leta efter vad som är en lämplig instans för vården. Inom missbruksvården är ett snabbt svar och erbjudande om vård väsentligt för framgång i behandlingen.

Samverkan kan med andra ord motiveras med många olika typer av argument såsom moraliska, ideologiska, ekonomiska eller kunskapsmässiga. Ofta är det en kombination av dem. Det finns dock tecken på att samverkan håller på att förändras. Från att ha handlat om att lösa problem som en organisation inte klarat på egen hand verkar trenden gå mot att organisera verksamheterna utifrån en kunskapsökande och kunskapsskapande process (Lindberg, 2009). Även Löfström (2010) och Danermark (2003) kommenterar samverkansprojektens möjlighet till informationsutbyte och som en arena för utvecklandet av nya arbetsmetoder.

Förutsättningar för samverkan

Det finns, som tidigare konstaterats, många fördelar med samverkan men för att det skall fungera så smidigt som möjligt krävs även rätt förutsättningar. Danermark (1999 & 2003) pekar på att en grundläggande förutsättning för fungerande samverkan är att ledningen tar sitt ansvar. Enligt Danermark är det upp till ledningen att se till att de ekonomiska förutsättningarna för samverkan finns och att samverkan är väl förankrad hos medarbetarna. Ledningen måste ha en aktiv roll under hela processen och den som leder gruppen måste ha såväl legitimitet genom sin position i gruppen såväl som genom yrkesmässigt kunnande och kompetens.

Alborn (2012) konstaterar att vården för personer med så kallad samsjuklighet måste organiseras i ett mycket nära samarbete mellan de olika berörda instanserna. Vårdgivarna runt brukaren måste arbeta för att skapa gemensamma vårdplaner som man följer upp. Även uppsökande verksamhet från såväl psykiatrin som socialtjänsten behövs och är nödvändiga att koordinera. I studien redogör Alborn för den Nationella psykiatrisamordningens projekt för inventering av resurser, arbetssätt och samverkan mellan huvudmän, för brukare med till exempel samsjuklighet. I denna slutrapport, redogör Alborn, är slutsatsen att förutsättningar för en väl fungerande samverkan att samverkan sker på alla nivåer, från politiskt till administrativt och verksamhetsmässigt. Likaså måste det finnas tydliga ramar, formella beslut och en formell struktur som även har en ekonomisk ansvarsfördelning kopplad till sig. Det krävs också att samverkan är accepterad inom respektive verksamhet och att den baseras på respekt för andras kompetens och erfarenheter inom respektive verksamhetsområde.

Dessa slutsatser är i stora drag desamma som gjordes av *Missbruksutredningen* (SOU 2011:35) då de i korthet konstaterar att samverkan måste ske på alla nivåer i organisationen och att om den skall fungera måste samverkan backas upp av de samverkande huvudmännen som även de måste ha fungerande samverkansrutiner. Samverkan skall dessutom baseras på formella beslut med en struktur kopplad till ekonomiskt ansvar. Detta för att undvika ansvars- eller kostnadstvister. Vidare skall samverkan vara tydligt reglerad med var och ens ansvarsområde och uppdrag. De som ska samverka och deras respektive verksamheter måste dessutom se en meningsfullhet med samverkan och denna skall vara baserad på kunnande och kompetens inom det aktuella området. De som samverkar skall även ha samma status i det gemensamma arbetet något som kan stärkas av tydliga samverkansavtal.

Westrin skriver i *Primary health care* (1984) att önskvärda förutsättningar för en fungerande samverkan är att möjlighet till samverkan och rätt kompetens finns hos personalen, att motivationen till samverkan finns hos samtliga berörda parter samt att personalen som skall samverka har rätt kompetens både professionellt såväl som

interpersonellt. Vad gäller möjligheten till samverkan innefattar det en rad olika faktorer; det gäller att de samverkande organisationerna har gemensamma beröringspunkter, gemensamma förutsättningar samt liknande lönenivå och ersättningar för den berörda personalen. En samsyn på vårdbehoven utifrån såväl ett medicinskt som ett socialt perspektiv är likaså önskvärt.

Westrin (1984) pekar, i sin internationella studie av samverkan mellan primärvård och socialtjänst, på behovet av att ha bra preciserade mål och metoder i samverkan. Han poängterar även att vad som i hans studie framkommit som underlättande för samverkan är gemensamma lokaler såväl som självständighet och flexibilitet från personalen. Även gemensamma utbildningsinsatser såväl som tid att praktiskt förbereda och strukturera arbetet är faktorer som spelar in. Liknande slutsatser drar Bak och Gunnarsson (2000) i sin studie av Familjecentraler; att de professionella barriärerna och vad de kallar "revirtänkande" måste övervinnas för att det skall bli en jämnvikt i samverkansgruppen. Andra viktiga områden som de poängterar är samlokalisering såväl som tydligt ledarskap och klara målsättningar. Då det å ena sidan är viktigt att ge samverkansgruppen mandat till beslutsfattande kräver det samtidigt en tydlig politisk och administrativ styrning från de olika nivåerna av verksamheten.

Huxham och Vangen (2005) resonerar kring de skillnader som råder mellan olika organisationer och hur dessa måste identifieras och hanteras i en gemensam diskussion för att samverkan skall bli framgångsrik. De menar att det även är viktigt att inte börja med för hög ambitionsnivå, det är bättre att börja försiktigt och låta samverkan utvecklas över tid. De diskuterar vidare kring de individuella motiven till samverkan och menar att alla representanter har olika motiv vilket gör att en samverkan byggd på allt för rigid målsättning riskerar att få problem. Däremot ser de ett problem med en samverkansgrupp med allt för löst sammanhållen struktur där det är svårt att avgöra vem som är medlem vid en viss tidpunkt. Skiftande medlemmar gör enligt dem samverkan ytterligare ett snäpp svårare. Likaså är det viktigt att vara medveten om att det finns en mängd olika målsättningar med samverkan och att dessa varierar mellan såväl organisationer som individer i samverkansgruppen. Var och en kommer försöka uppfylla sin specifika målsättning. Andra problem som de menar kan uppkomma i samverkan är att behovet av ett starkt ledarskap riskerar att krocka med aspekten att ingen i en samverkansgrupp bör dominera. Samverkan är således en komplex fråga och insikten om det komplexa i samverkan är en viktig del i att lyckas, även när situationen framstår som enkel.

Huxham och Vangen (2005) ger några tips som kan vara värda att ta i beaktande, bland annat hänvisar de till att samverkan alltid tar mer tid än beräknat och att man därför gör klokt i att avsätta mer tid än man först trott till samverkan. Eftersom det finns flera olika viljor i en samverkansgrupp måste man som deltagare vara beredd att beskydda sina egna intressen men även på att kompromissa när det är nödvändigt. Likaså bör man vara inställd på att man inte kan ha full kontroll och att samverkanspartners såväl som miljön regelbundet kommer förändras. Man kan inte förvänta sig att andra organisationer skall göra saker på samma sätt som man själv. Varje deltagare behöver dessutom ha mandat att agera och fatta beslut.

Resonemanget om att man som deltagare i samverkansgruppen måste vara inställd på det komplexa och föränderliga i samverkan är något som stöds av Lindberg & Czarniawska (2006). Författarna gör en granskning av ett framgångsrikt samverkansprojekt i en svensk kommun och drar en del slutsatser kring vad som var avgörande för att få samverkan att fungera. I det aktuella fallet lyckades man skapa en samverkansform där alla slöt upp kring idén om en vårdkedja. Samverkan, eller "nätet" som Lindberg & Czarniawska kallar det, var stabil och trots att de faktiska medlemmarna byttes ut kunde samverkan i sig fortgå. Detta berodde på att nätet inte var avhängig några specifika personer. De beskriver det som paradoxalt att vad som verkar ha gjort samverkan stabil var det faktum att kopplingarna mellan samverkansparterna var att betrakta som relativt löst knutna. Den löst sammanhållna

strukturen innebar att samverkan inte utgjorde ett hot mot befintliga verksamhet inom organisationen. Dessutom dokumenterades samverkan vilket gjorde att den blev standardiserad. Det i sin tur medförde en viss förutsägbarhet och stabilitet till verksamheten.

Relationens betydelse

Danermark (1999) menar att bra sociala relationer är en viktig förutsättning för att samverkan skall fungera. Det är en del av vad han kallar ”projektmekanismer” som bland annat utgörs av goda sociala relationer mellan såväl verksam personal som medlemmarna på den styrande nivån. Samtidigt är det viktigt att vara medveten om att det finns en maktaspekt i alla relationer och i alla möten och att det är viktigt att vara uppmärksam på riskerna att utsättas för maktutövning som inte är i ens intresse (Danermark, 2004; Huxham & Vangen, 2005). Makt är även en aspekt att beakta i organiseringen av ett samverkansprojekt. Till exempel kan det spela in vem som är värd för projektet, såväl administrativt som fysiskt. Att befinna sig utanför sin ordinarie verksamhet och i en okänd lokal exponerar individer för nya intryck. Det kan även vara så att den som först tar initiativ till samverkan, och således definierar vad det är man skall samverka kring, kan dra fördel av detta. Det kan skapa en situation där andra organisationer blir tvingade att samverka utan att kunna vara med och påverka innehållet (Sullivan & Skelcher, 2002).

För att få en väl fungerande samverkan bör man därför använda sig av ett maktkritiskt förhållningssätt. Danermark (2004) illustrerar det med exemplet av en samverkanssituation kring en person med en psykisk sjukdom där det i gruppen bland annat finns en läkare. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen, förklarar Danermark, ges läkaren huvudansvaret i alla frågor rörande vården av en patient. Därför väger läkarens ord tyngst när vårdbeslut skall fattas. Andra yrkesgrupper, till exempel socialsekreterare, tilldelas inte samma utrymme. Läkarens juridiska ansvar, högre utbildning och professionens högre status är faktorer som blir maktaspekter i sammanhanget. Att läkaren dessutom ofta är en man medan det är vanligt att socialsekreteraren är en kvinna är ytterligare en dimension värd att betänka. Danermark menar att maktaspekten är en faktor i omgivningen som påverkar relationen och att det är viktigt att klargöra dessa aspekter såväl som medverkarnas ansvar i frågan.

Vid sidan av maktaspekten utsätts deltagarna i gränsöverskridande arbete alltid för kamper och förhandlingar där rådande auktoritet, ansvars- och befogenhetsområden ifrågasätts (Lindberg, 2009). Risken finns att det sker sammanbrott i samverkan när olika yrkeskategorier med olika erfarenhet, utbildningar och bakgrund möts. Deltagarna har olika syn på samverkan och problemet som skall åtgärdas och för att samverkan skall bli lyckad krävs att gemensamma mål, principer och etiska förhållningssätt har diskuterats innan samverkan börjar (Danermark & Kullberg, 1999 & Danermark, 2003).

Danermark & Kullberg (1999) resonerar vidare kring förutsättningar för samverkan vad gäller att ha en fungerande organisation och tillräckligt med resurser. Andra förutsättningar inbegriper individerna i samverkan såväl som personalens motivation till att samverka och deras upplevelser av densamma. Likaså deras yrkesidentitet och huruvida de är nöjda med sig själva i sin yrkesroll spelar in. Upplever man att man bemöts med yrkesmässig respekt i samverkansgruppen? Känner man att man gör ett arbete som har någon betydelse? En erfarenhet som Danermark & Kullberg gjort är att samverkan mellan socialtjänst och primärvård ofta blir asymmetrisk. Socialsekreteraren får ofta ställa upp som expertis på det sociala området utan att få motsvarande stöd tillbaka från till exempel personal inom

primärvården. Danermark hänvisar även till Westrin som menar att läkare och i viss mån även sjuksköterskor i många fall är ointresserade av att samverka med personer inom socialt arbete.

I en internationell studie kring primärvårdens samverkan gör Westrin (1986a) en jämförelse mellan situationen i Sverige och övriga länder. Westrin tittar på samarbetet mellan hälso- och sjukvårdspersonal samt personal från "välfärdsområdet". Han konstaterar att socialarbetarna som grupp verkade vara väldigt intresserade av att utveckla samverkan medan sjuksköterskor och läkare ofta hade en mer negativ inställning. Enligt Westrin beror det i läkarnas fall på rädsla för att förlora sin auktoritet vad gäller patienternas hälsa. För sjuksköterskorna handlar oviljan till samarbete om att riskera att förlora sin auktoritet över ansvarsområden som är snarlika för de båda grupperna. Westrin menar även att socionomer erhåller en relativt låg grad av erkännande för sitt arbete på grund av att de arbetar med människor i utsatta positioner (Westrin, 1986a & 1986b). Detta påverkar också maktbalansen i samverkanssituationen och ligger till grund för en asymmetrisk relation mellan de inblandade.

TEORI

Denna studie tar sitt avstamp i organisationsteori och människobehandlande organisationer specifikt. Även institutionell teori nämns för att förklara vad som påverkar många människobehandlande organisationer. Följande rubriker syftar till att förtydliga de olika utgångspunkterna inom respektive teoribildning.

Organisationer och organisationsteori

En organisation kan beskrivas som en relation mellan människor, ett strukturerat samspel som resulterar i ett stabilt och målmedvetet samarbete. Inom organisationen finns en fördelning av såväl arbetsuppgifter som ansvar och makt (Flaa m.fl., 1998). Man kan dela upp organisationer i två kategorier; offentliga och privata. Privata organisationer ansvarar inför sin styrelse eller sina ägare medan en offentlig organisation ansvarar inför samhällets medborgare och väljare och måste därför ta hänsyn till ett bredare spektra av värderingar (Christensen m.fl., 2005).

Organisationsteori kan vara till hjälp när man vill förklara hur en organisation uppstår och hur den är strukturerad. Organisationsteorin förklarar även vilka processer som pågår inom organisationen samt kan ge förslag till hur man kan utveckla och förbättra verksamheterna. Organisationsteorin är att se som tvärvetenskaplig eftersom den lånar delar från flera andra vetenskaper såsom till exempel psykologi, statsvetenskap och ekonomi. Den kan även struktureras utifrån tre nivåer; individ, organisation och interorganisatorisk nivå. (Flaa m.fl. 1998).

Yehekel Hasenfeld är professor i socialt arbete och sociologi verksam vid UCLA, Universitetet i California. Han är ett framstående namn inom forskningen av människobehandlande organisationer. Boken *Human service as complex organisations* är en antologi där Hasenfeld själv är författare eller medskribent i flertalet kapitel. I kapitel 21 beskriver författaren Hillel Schmid hur organisationer traditionellt sett har baserats på en stabil struktur med klara rutiner där organisationen antas ha klara och specifika mål. De interna strukturerna och processerna i organisationen är en del av den design som rationaliserats för att upprätthålla dessa mål. Designen är att se som rationell eftersom arbetsfördelningen inom organisationen, såväl som rolldefinitionen och makten är klart formaliserad och hierarkisk. Denna stabilitet antas förse de anställda med en arbetsmässig trygghet.

Schmid redogör för den tyske sociologen Max Webers tankegångar om att en organisation upprätthåller sin stabilitet och sina arbetsmodeller tack vare att den externa miljön är stabil. Webers modell antog att det var få förändringar för organisationen som uppstod i relativt långsamt takt och som inte väsentligen förändrade organisationens kärnaktivitet eller identitet. En sådan stabilitet skulle ha många fördelar eftersom den tillåter organisationen att själv positionera sig i omgivningen samt möjliggöra för den att ha en långsiktig planering av arbetet vilket i sin tur kan ge en realistisk bild av personal- och organisationsmässiga mål. Dessutom ger stabilitet i organisationen en förhållandevis låg personalomsättning vilket i sin tur bidrar till en administrativ stabilitet. Schmid går dock emot Webers tankar och konstaterar att utvecklingen på senare tid, med snabbare globala växlingar i det moderna samhället, gör att organisationers säkerhet eroderats. För att försäkra sig om sin överlevnad idag, i en dynamisk och allt mer osäker miljö, måste moderna organisationer ändra sina beteendemönster såväl som sina arbetsmetoder och driftsformer. Med andra ord kan man säga att organisationer pendlar mellan ett behov av organisatorisk stabilitet å ena sidan och ett behov av att låta sig mer eller mindre konstant förändras, å andra sidan.

Offentliga organisationer

Offentliga människobehandlande organisationer, såsom landstingets hälso- och sjukvård, den kommunala socialtjänsten eller de offentliga vårdcentralerna kan beskrivas som multifunktionella. I begreppet ligger en tanke om att offentliga organisationer måste balansera ibland motstridiga uppdrag; de skall lyssna till sina politiska direktiv och de skall arbeta med en offentlighet och insyn i sina beslutandeprocesser. Samtidigt skall arbetet präglas av en förutsägbarhet, neutralitet och tjänsteeffektivitet. Organisationer inom offentlig sektor kan vara svåra att skilja från varandra då de ofta är tätt sammankopplade. De utgör en hierarkisk struktur som gör det svårt att avgöra var en organisation börjar och en annan slutar. Många offentliga organisationer är dessutom så kallade metaorganisationer, med andra organisationer som medlemmar. I dagens samhälle finns en förvaltningspolitik som utgår från att samhällets organisationer är tydligt avgränsade från varandra vad gäller uppdrag och utförande, men i realiteten är det en utveckling åt rakt motsatt håll med allt mer ökat samarbete mellan organisationer. Ökande samarbete gör organisationerna mer oklara och gör det svårare att specificera tydliga mål för respektive organisation (Christensen m.fl., 2005).

Så som Schmid redogjorde för i tidigare kapitel kan konstateras att även offentliga organisationer lever i en heterogen tillvaro med ständiga spänningar och oenigheter. Beslutfattarna måste ständigt balansera sitt agerande i en värld som kräver tolkningar och beslut vilka grundas på en till stor del dold framtidsutsikt. Exempelvis skall man budgetera för kommande verksamhetsår utan att på förhand kunna veta antalet vårdsökare. Att driva en offentlig organisation är med andra ord inte helt oproblematiskt då man hela tiden måste ta hänsyn till omgivningen, samt till politiska agendor, regler eller konventioner (Christensen m.fl., 2005). För offentlig sektor innebär ett organisationsteoretiskt perspektiv att man behöver analysera de styrande processer och de funktioner som finns kopplat till dem.

För att fördjupa analysen kan man behöva använda ett *strukturellt-instrumentellt* perspektiv som tar hänsyn till att organisationer går att betrakta som instrument eller redskap för vilken de styrande funktionerna kan diktera reglerna. Man kan dock även använda sig av ett *institutionellt* perspektiv som ser offentliga organisationer som innehavare av egna regler och värderingar, vilket ger dem möjlighet till självbestämmande och inflytande över beslutsprocesserna (Flaa m.fl. 1998). Båda modellerna behövs då det instrumentella förhållningssättet blir allt för trubbigt att använda sig av som enda förklaringsmodell då offentliga organisationer, så som tidigare beskrivits, lever i en föränderlig miljö där de ständigt måste ta hänsyn till omgivningens förväntningar (Christensen m.fl., 2005).

Institutionell teori och mytperspektiv

Institutionsbegreppet kan användas på olika sätt och kan avse en enhet såsom ett företag eller en skola men man kan lika gärna åsyfta kulturellt betingade föreställningar och idéer eller regler och normer som påverkar aktörer inom eller mellan organisationer. I den senare betydelsen kan man således skilja på *institutioner* och *organisationer*. Institutionell teori tar hänsyn till vilka kulturella aspekter som påverkar beslutsfattande och struktur. Aktörerna inom en institution kan ses som invävda i ett nät av regler och övertygelser som av institutionen är tagna för givna (institutionaliserade) och som definierar världen så som den är, eller bör vara. Teorin är inriktad på hur sociala handlingar skapas och förmedlas genom institutionella miljöer samt hur regler, normer och föreskrifter är avgörande för det institutionella beteendet. Teorin kännetecknas av idén att organisationer inte kan ses som slutna system utan är påverkade av olika institutionella omgivningar. Omgivningarna skapar

organisatoriska gränserna och tvingar fram ett mellanorganisatoriskt beroende. Reglerna växer fram och vidhålls bland annat genom språk och symboler för vad en organisation kan/inte kan, bör eller inte bör göra (Johansson, 2011).

Det institutionella perspektivet baseras på vad som kallas för en *lämplighetslogik* som dikterar en verksamhets handlande utifrån tidigare erfarenhet av eller information om vad som upplevs som rimligt och acceptabelt. Till skillnad från det instrumentella perspektivets förändringsarbete som möjliggör för organisationen att snabbt anpassa sig till nya mål och uppdrag, baseras istället det institutionella förändringsarbetet på en gradvis anpassning över tid. Till det kommer även ett förhållningssätt som kallas för *kulturperspektivet* vilket är föreställningen om att organisationer har interna värderingar och normer som styr verksamheten, samt ett *mytperspektiv* som belyser att organisationen befinner sig i en omgivning med värderingar och normer som organisationen skall förhålla sig till. Myterna görs rationella och bekräftas av lagar och regler. De får sin trovärdighet utifrån vad som anses vara det rätta sättet att utföra ett arbete på. Rationaliserade myter kan ses som normer för hur en organisation skall se ut och bete sig.

Det är när organisationen agerar utifrån omkringliggande normer som de svarar upp mot omgivningens krav på dem. Men då det inte alltid är praktiskt för en organisation att bete sig så som omgivningen förväntar sig kan resultatet bli en struktur där det som organisationen gör inte är detsamma som vad den formella strukturen förväntar sig av dem. Organisationerna får dock genom detta sin legitimitet gentemot omgivningen samtidigt som de kan vidhålla en institutionell struktur, med ett agerande som befäster det institutionella normsystemet (Christensen m.fl. 2005). Johansson (2011) förklarar det med att institutionella regler, eller vad hon skulle föredra att kalla institutionella idéer, fungerar som myter till vilka organisationen kan anpassa sig i syfte att få legitimitet och resurser. Myterna är i sig ett glapp mellan de formella strukturerna i en organisation och det faktiska arbete som pågår. Organisationerna avspeglar därför myterna inom den institutionella omgivningen, snarare än de specifika krav som ställs på arbetsuppgifterna. De rationaliserade myterna uppfattas genom anpassningen som legitima, oberoende av deras eventuella inverkan på utfall eller effektivitet, eftersom deras effektivitet mer eller mindre tas för given.

Människobehandlande organisationer

Människobehandling sker inom många olika organisationer såsom vårdgivare, skolor, socialförvaltningar eller biståndsorganisationer m.fl. Enligt författarna Linde & Svensson (2013) är människobehandlande organisationer unika som organisationer med anledning av sin moraliska karaktär. De som arbetar inom organisationen har till uppgift att besluta om ofta knapphändiga resurser vilka erbjuder stöd i form av pengar, tid eller kunskaper till behövande individer. Bedömningen av vem som skall erbjudas resurserna blir en fråga om att värdera brukarens moraliska status – ofta i relation till det man vill försöka åtgärda. Det kan till exempel handla om att prioritera vårdbehov hos olika brukare och då behöva ta i beaktande att det är brukaren som själv kan anses ha försatt sig i situationen. Exempelvis personer med missbruksproblem som önskar genomgå behandling men som redan tidigare genomgått behandling utan en stabil nykterhet som resultat.

Genom att individen beviljas stöd sker även en viss grad av anpassning till organisationens bedömning där organisationens värderingar kan internaliseras och bli en del av individens identitet och självuppfattning (Linde & Svensson, 2013). Det är denna transformering av individen som skiljer människobehandlande organisationer från andra byråkratier (Garrow & Hasenfeld, 2010).

Människobehandlande organisationer kan sägas ha dubbla syften; de skall värna om brukaren i välfärdssamhället, men även se till statens intresse av att socialisera individer in i

samhället; att arbeta med social integration och att identifiera de individer som inte lever upp till samhällets/statens förväntningar på dem. Inom människobehandlande organisationer hanterar man människor utifrån tre olika principer; man *sorterar och klassificerar* (eller *diagnosticerar*), man *upprätthåller grundläggande omsorgsfunktioner* och slutligen försöker man påverka individen till förändring genom någon sorts *behandling* (Bohlin, 2009; Hasenfeld, 2010). I *Förändringens aktörer och tröghetens agenter* (Linde & Svensson. Red, 2013) diskuterar författaren Claes Levin kring de människobehandlande organisationerna. Författaren menar att människobehandlande organisationer har en kombination av institutionell struktur, institutionellt styrt tänkande och ett institutionaliserat moralsystem som ger dem deras legitimitet.

Människobehandlande organisationer skiljer sig från andra typer av organisationer eftersom de har människor som den ”råvara” de skall arbeta med. Organisationerna är en form av *moraliskt projekt* samtidigt som de är byggda på en byråkratisk struktur med tillhörande hierarki, regler och specialistkunskaper. För att människor skall passa in i ett byråkratiskt system måste de förenklas och standardiseras; de konstrueras och kategoriseras som patienter, klienter, vårdtagare eller *brukare*. Eftersom det är levande människor organisationen arbetar med innebär det att även ”råvaran” – brukaren – i slutändan har rätt att ha åsikter om utfallet av processen. Till skillnad från exempelvis en industri där råvaran kan vara ett fysiskt, livlöst objekt. Målen för de människobehandlande organisationerna är svåra att mäta och de är styrda av sina ideologiska principer (Bohlin, 2009; Garrow & Hasenfeld, 2010).

Garrow och Hasenfeld (2010) menar vidare att det inte finns någon enskild teori som kan ge den fulla bilden av hur en människobehandlande organisation fungerar, men teorier om människobehandlande organisationer har vissa specifika attribut som skiljer dem från andra organisationsteorier. Dessa attribut är sprungna ur det faktum att människobehandlande organisationer arbetar med att förändra människor. Som ett resultat är dessa organisationer;

- a) inriktade på människor som det ”råmaterial” med vilket man arbetar.
- b) engagerade i moraliskt arbete med att upprätthålla och förstärka moraliska värderingar kring önskvärt mänskligt beteende och det ”goda” samhället
- c) inbäddade i en bredare institutionell miljö från vilken de får sin legitimitet, sin ”licens” att arbeta med människor såväl som sina arbetsmetoder
- d) beroende av relationen mellan personal och brukare för att uppnå sina servicemål, relationer som delvis är påverkade av olika känslor från såväl personal som brukare
- e) ”könade” organisationer där majoriteten av de anställda är kvinnor, något som upprätthållits genom ideologin att människovård är ”kvinnoarbete”
- f) reflekterande av organisatoriska ideologier kring kontroll och frigörelse, där arbetet pendlar mellan att ”kontrollera” brukarens agerande och att motivera till ett självständigt liv.

Människobehandlande organisationer måste anpassa sig efter de normativa regler som finns och svara upp mot olika regleringar. De måste utveckla nya vokabulär och definiera och rationalisera det arbete som görs. Som resultat utvecklar människobehandlande organisationer nya former av organisering, såväl som att anpassa sig till existerande förväntningar.

Implikationer för förändring och samverkan

Hillel Schmid (2010) reflekterar över hur förändring uppkommer och genomförs inom människobehandlande organisationer. Han konstaterar att förändring orsakas antingen av externa dekret eller begränsningar, eller genom interorganisatoriska påtryckningar som förändrar organisationens kärnaktivitet, mål, strategier eller struktur. Förändring kan härröra från olika grunder i omgivningen såsom politiska, sociala, ekonomiska, tekniska,

demografiska m.fl. vilket tvingar organisationen att förändra sina strukturella mönster och anpassa sig, i ett försök att överleva. Det finns en diskrepans inom de människobehandlande organisationerna vad gäller att ta hänsyn till den faktiska situation som råder, och den målsättning som organisationen önskar uppnå.

De förväntade för- och nackdelarna med organisatorisk förändring kan härledas från den enskilde individens uppfattning av vad som är "status quo" i organisationen; det vill säga det vardagliga, oförändrade tillståndet, i relation till det framtida tillstånd som organisationen önskar uppnå. Tankegången kan beskrivas genom en schematisk översikt där personliga mål såväl som kollektiva värderingar (alltifrån attityden till förändring såväl som önskemål om densamma) och uppskattning av de organisatoriska möjligheterna för personlig och yrkesmässig utveckling i och med en förändring, spelar in. De individuella värderingarna och tidigare erfarenheterna påverkar dessa attityder. Schemat kan beskrivas som en kognitiv karta där individen i en organisation konstruerar för sig självt vad som är basen för individens attityd gentemot förändring. Enligt ett sådant förhållningssätt påverkas möjligheten till organisatorisk förändring av individernas subjektiva uppfattningar. Den i sin tur är baserad på individens försök att tolka och förstå situationen den ställs inför.

Människobehandlande organisationer stammar från en ideologisk orientering av att hjälpa andra, vilket representerar deras humanistiska värderingar och normer. Anställda inom organisationen kan därför motarbeta förändring av oro för att hur det kommer påverka brukaren. Det finns även exempel på att individer i människobehandlande positioner tenderar att motarbeta förändring och att se förslag till förändring som kritik gentemot den egna professionaliteten och arbetsmetoderna, vilket kan göra dem mindre villiga att genom förändring riskera kvalitén i vården som erbjuds brukaren. Förändringar riskerar även att störa behandlar-brukarrelationen. Förändring kan ofta innebära uppdatering av kunskaper vilket även kan ses som en underförstådd kritik av de anställda och som en antydan till dåligt förtroende för deras bedömningar. Sammantaget gör dessa faktorer det väldigt svårt att implementera förändring inom människobehandlande organisationer, även om dessa förändringar är nödvändiga utifrån en förändrad omvärld. Samtidigt har människobehandlande organisationer i högre utsträckning än andra behov av legitimitet från den institutionella omgivningen då de är beroende av regeringsanslag för sin verksamhets finansiering (Schmid, 2010).

Författarna Lawrence, Hardy och Phillips (2002) gör en studie av institutionella effekter på interorganisatorisk samverkan och konstaterar att utifrån ett samverkansperspektiv måste organisationer som önskar bidra till förändring av det institutionella fältet vara uppmärksam på såväl sina relationer med samverkansparterna men även på hur samverkan förankrat dem djupare i deras egna institutionella fält. I studien kan de se potential för den interorganisatoriska samverkan att agera som en katalysator för förändring av det institutionella fältet, men för att det skall bli verklighet krävs en hög nivå av samverkan mellan deltagarna såväl som en hög nivå av förankring i organisationen. Det finns således potential för människobehandlande organisationer att arbeta tillsammans för att överkomma storleks- eller resursbrister och på så vis skapa sitt eget institutionella fält. Enligt författarna tyder detta på att samverkan kan ha en djupare andrahandseffekt som inte bara ger de direkta fördelarna utan dessutom bidrar till skapandet av nya institutioner och förändring i det interorganisatoriska nätverket. Johansson (2011) konstaterar att den nyinstitutionella utvecklingen har lett till att organisationer allt mer betraktas som aktörer med möjlighet till makt och strategiskt handlande.

METOD OCH GENOMFÖRANDE

Datainsamling

Respondenter

Syftet med arbetet är att undersöka den socialmedicinska samverkan för personer med missbruks- och/eller beroendeproblem mellan olika huvudmän, i Götene kommun. Frågeställningarna gäller hur samverkan har utvecklats sig genom åren den varit aktiv, om man har stött på problem och hur dessa i sådana fall löstes, samt hur medlemmarna i samverkan ser på sina egna roller i gruppen. För att få fram svaret på dessa frågor behövde jag prata med medlemmarna i samverkansgruppen. Genom sammanställning av den tidigare forskningen kring samverkan har det påtalats om vikten av att ha en tydlig ledning, mandat och resurser när man skall få en samverkan att fungera. Således blev det även intressant att studera hur samverkansdeltagarnas närmaste chefer, de som styr det dagliga arbetet, såg på samverkan och dess för- och nackdelar. Slutsatsen blev att jag även måste prata med samverkansgruppens närmaste chefer, enhetscheferna för de sex olika arbetsplatser som representeras i gruppen.

Ursprungligen fanns en idé om att intervjua ett urval av brukare som varit aktuella för planering i den socialmedicinska samverkansgruppen i Götene, detta valdes dock bort av flera anledningar. Främst ligger det i samverkansgruppens natur att de skall samordna vården och planera kring brukaren så att denne själv inte ska behöva ha koll på alla vårdtyper och vem som gör vad. Det ligger inbyggt i samverkan att brukaren troligtvis inte riktigt vet vad som faktiskt sker på mötena, utan endast märker av den vård som senare erbjuds. Således blir det svårt att intervjua brukare om deras upplevelse av samverkan och huruvida denna har påverkat vården i någon nämnvärd riktning. Likaså finns det en svårighet i att intervjua brukare som är i ett aktivt missbruk, då de ofta kan vara svåra att nå och genomföra intervjuer med. Samtidigt kan tillförlitligheten i svaren hos någon som riskerar att vara påverkad vid en eventuell intervju självklart ifrågasättas. Det finns en möjlighet att försöka nå de brukare som för tillfället inte är i aktivt missbruk, men det ger problem i själva genomförandet; hur vet jag om en brukare verkligen är missbruksfri? Även om det självklart vore oerhört intressant av att trots problemen ändå intervjua brukare, så finns inte heller den tidsmässiga möjligheten att intervjua såväl fokusgrupp, som chefer och brukare.

Samverkansgruppen i Götene bestod vid tidpunkten för sammankallandet av åtta personer. När det blev dags för genomförandet av fokusgruppen hade en person precis avslutat sin tjänst och någon ersättare ännu ej anställts. Ytterligare en person kunde inte närvara den aktuella dagen, däremot ombads en föräldraledig deltagare att närvara med anledning av dennes långa tid i samverkansgruppen. Det slutliga antalet personer som närvarade vid fokusgruppsdiskussionen var således sju personer. Den medlem i samverkansgruppen som inte kunde närvara vid fokusgruppsstillfället intervjuades separat vid ett senare tillfälle.

Eftersom syftet med denna studie är att se hur en specifik samverkan har utvecklats och fungerat över tid, är urvalet som är möjligt att studera uppenbart begränsat. Att prata med samverkansgruppens medlemmar var en självklarhet och då dessa inte var fler än 8 (9) till antalet så var det också självklart att samtliga skulle få komma till tals. Med andra ord kan man inte påstå att något direkt urvalsförfarandet har genomförts då så gott som samtliga berörda är med. Detsamma gäller för chefsintervjuerna, där samtliga deltagares närmaste chefer har intervjuats, med ett undantag där områdeschefen intervjuades istället, med anledning av att den aktuella chefen precis gått på föräldraledighet. Områdeschefen hade varit

med och startat upp samverkan och sitter i dagsläget med i styrgruppen. Han har tidigare även varit enhetschef för fyra av medlemmarna i samverkansgruppen, vilket gjorde honom relevant att prata med.

Intervjumetod

När det kommer till vilken metod som skulle väljas för att studera samverkansgruppen och dess utveckling/effekter så fanns det några olika att överväga. Enskilda intervjuer är till exempel en av de vanligaste metoderna för datainsamling inom kvalitativ forskning (Denzin & Lincoln, red. 2000). Författaren Esther Madriz (kap 32 i Denzin & Lincoln, red. 2000) argumenterar däremot i boken *Handbook of Qualitative Research* att man genom *fokusgrupper* kan samla flera personer till att diskutera de berörda frågorna samtidigt, vilket ger en stor mängd information på en begränsad tid. Fokusgrupper har blivit identifierade som särskilt användbara när det kommer till att studera huruvida ett specifikt program eller projekt har varit framgångsrikt. Fokusgruppen är användbar då den förser forskaren med en unik tillgång till ett spektra av perspektiv och erfarenheter för deltagarna, i situationer där individerna själva är den interaktiva processen. Av diskussionerna i gruppen kan man till exempel se hur individerna förhåller sig till förväntade eller redan genomförda förändringar (Barbour & Kitzinger, 1999).

Som datainsamlingsmetod liknar fokusgrupper andra undersökningsmetoder på så vis att de låter forskaren få tillgång till de åsikter, synsätt, attityder och erfarenheter som intervjupersonerna (i det här fallet gruppen) besitter. Till skillnad från andra datainsamlingsmetoder ger fokusgruppen forskaren tillgång till såväl individuella som kollektiva historier. Gruppintervjun i sig möjliggör för större trygghet hos gruppdeltagarna då maktbalansen flyttas från att i vanliga intervjuer vara till intervjuarens fördel, till att i diskussionsgruppen göra gruppen numerärt överlägsen och således starkare (kap 32, Esther Madriz i Denzin & Lincoln, 2000). Fokusgrupper har dessutom visat sig effektiva när det kommer till att ta vara på människors attityder och värderingar och genom fokusgruppsprocessen skapas en miljö där deltagarna kan känna sig respekterade av forskaren och att deras idéer och åsikter tas på allvar (Tursunovic, 2002).

En fokusgrupp är möjlig att genomföra med mellan 6-8 medlemmar (enligt vissa författare upp till 12 medlemmar, se Tursunovic, 2002) fler är inte att rekommendera då det är viktigt att varje deltagare har möjlighet att komma till tals i diskussionen (Silverman, 2011).

Intervjuguide till fokusgruppen

Som underlag till fokusgruppsdiskussionen gjordes en enklare intervjuguide (För fullständig guide se bilaga 2). Frågorna strukturerades utifrån studiens frågeställningar och de intresseområden som utkristalliserade sig genom den tidigare forskningen;

- Om Samverkan; Här handlade frågorna om hur medlemmarna såg på samverkan, dess syfte, utveckling, resultat och eventuella hinder med mera.
- Varför ska man samverka?; Frågorna fokuserade på hur deltagarna uppfattade samverkan; var den positiv och kändes den meningsfull? Fyllde den sitt syfte och hur påverkade den i sådana fall brukarna?
- Vilka är förutsättningarna för en lyckad samverkan?; Medlemmarna fick här diskutera kring uppdraget, om de fått vara med och påverka utformningen av samverkan, om syftet var väl förankrat hos dem och om de ansåg sig ha de nödvändiga mandat.
- Hur påverkar relationen mellan deltagarna samverkan; Medlemmarna kommer från olika organisationer och har olika utbildning, märks detta av i gruppen? Har det varit positivt eller negativt? Har man fått en ökad förståelse för de andra professionerna och hur har relationerna påverkats?

Eftersom en fokusgrupp syftar till att få fram diskussioner mellan deltagarna kan inte frågorna som ställs vara allt för specifika och slutna, de behöver vara formulerade så att de bjuder in till reflektion och dialog mellan deltagarna. Det i sin tur möjliggör för en lägre grad av kontroll från forskaren över intervjuprocessen. Även om man som forskare aldrig kan svära sig fri från sin förförståelse, och därmed sin påverkan över forskningsprocessen, så ger ändå fokusgruppsdiskussionen, och de ospecifika frågorna, en möjlighet att minimera denna styrning då man som moderator mer skall fokusera på att lyssna, än att styra samtalet (Tursunovic, 2002).

Moderator vid fokusgruppsdiskussionen var en utomstående person som till vardags arbetar vid Skaraborgs kommunalförbund och som ställde upp med arbetsinsatsen för att utfallet av denna undersökning intresserar förbundet. Moderatoren är socionom med erfarenhet av såväl socialt arbete som av att genomföra fokusgrupper. Jag satt med som observatör och antecknade detaljer, såsom kroppsspråk och blickar, som inte kunde fångas av bandspelaren. Att jag inte agerade moderator beror på min tidigare redovisade inblandning i samverkansgruppen. Risken finns att min förförståelse för gruppens medlemmar och vår gemensamma bakgrund kunde färga mig och styra hur jag tolkade samtalet eller förhöll mig i diskussionen.

Risken att detta skulle kunna påverka gruppdiskussionen är något som även Tursunovic (2002) tar upp. Han framhåller även fördelen med att ha en till två personer som iakttagare, som kan anteckna talordning eller kroppsspråk, eller se till att inga frågor missas. Att moderatoren har erfarenhet av att genomföra fokusgruppsdiskussioner är också det något som Tursunovic diskuterar. Här menar han, går dock åsikterna isär kring om det är viktigast att ha en moderator som har erfarenhet av fokusgrupper, eller om det är bättre att använda kunniga och insatta moderatörer som tillhör samma grupp som deltagarna. I det här fallet kunde moderatoren representera det bästa av båda världar, då hon dels är socionom med insyn i liknande arbetsförfarande, och dels hade erfarenhet av att leda fokusgrupper.

En oro man kan känna kring att genomföra diskussioner i grupp är huruvida alla kommer uppleva att de vågar öppna sig och diskutera fritt. Madriz (i Denzin & Lincoln, red. 2000) diskuterar kring risken av att olika maktrelationer eller egenkonstruerade hierarkier inom gruppen skulle kunna påverka utfallet. Hon konstaterar dock att dessa eventuella i sig kan vara en viktig faktor för forskaren att studera.

Intervjun spelades in och transkriberades. Tillsammans med bakgrundsinformation som medlemmarna lämnade inledningsvis, och de anteckningar som gjordes under intervjun skapades ett bra underlag för den senare analysen (Tursunovic, 2002).

Intervjuer med cheferna

I studien bestämdes det att genomföra intervjuer med samverkansgruppens deltagares närmaste chefer. Enligt samverkansavtalet är det enhetscheferna samt verksamhetscheferna på vårdcentralerna som skall utgöra styrgruppen för samverkansgruppen. Med anledning av organisationsförändringar ser det dock inte så ut i dagsläget. Från socialtjänstens sida finns det två representanter i styrgruppen; en enhetschef för socialtjänstens vuxensektion och en områdeschef. Den offentliga vårdcentralen representeras av sin chef och likaså gör den privata. Det finns ingen representant från vare sig öppenvårdspsykiatri eller beroendevården i dagsläget, även om information har framkommit som gör gällande att detta troligen kommer förändras framöver, vilket redovisas närmare i analysen. Vid en förfrågan till styrgruppen om varför det är så var svaret att de inte riktigt vet, så har det helt enkelt alltid sett ut.

För att intervjuar cheferna valdes som metod att använda enskilda intervjuer med semistrukturerade frågor vilket syftar till att låta cheferna förklara sin syn på samverkan ur flera aspekter. Att använda allt för specifikt strukturerade frågor riskerar att medvetet eller omedvetet påverka vilken typ av svar som blir möjligt för cheferna att ge. Mindre

strukturerade frågor har istället möjligheten att få fram svar som bättre reflekterar respektive chefs sociala verklighet (Madriz i Denzin & Lincoln red. 2000). Frågorna formulerades utifrån samma struktur som användes vid fokusgruppsdiskussionen (Se bilaga 3). Den enda skillnaden i frågorna är att den mer fokuserar på chefernas roll och deras syn på, såväl som styrning av verksamheten.

Validitet

I alla typer av vetenskapliga studier är det relevant att försöka ta reda på om empirin verkligen är sann, eller "giltig". När det gäller intervjuer där människor står som uppgiftslämnare, är forskaren utelämnad till intervjuaren som faktaunderlag. Det är därför av största vikt att man som forskare försöker få en så korrekt bild som möjligt och att man strävar efter att ha en kvalitetskontroll genom hela studien (Kvale, 1997).

Denna studie är något som Götene kommun, som värd för samverkan och arbetsgivare till flera av deltagarna, önskar få genomfört för att se hur samverkan har fungerat. Således måste man även ta i beaktande att medlemmarna i fokusgruppen från sina respektive chefer hade förväntningarna på sig om att delta i undersökningen. Det går inte att utesluta att en sådan styrning från cheferna kan påverka utfallet av studien (Tursunovic, 2002). Det som skulle kunna påverka fokusgruppens svar utifrån cheferna förväntningar på dem, är om man anser att samverkan inte fungerar så som var tänkt, men inte vågar säga det. Gruppens samstämmighet och att svaren från såväl fokusgruppen som i chefsintervjuerna stämmer väl överens, vilket man kan se i den senare analysen, är dock en indikator på att sådan påverkan inte förelåg.

Intervjuernas giltighet

I ett försök att kontrollera giltigheten i de svar man erhåller kan man använda sig av triangulering vilket innebär att man använder mer än en enskild datainsamlingsmetod (Silverman, 2011). I denna studie användes fokusgruppsdiskussion som en metod som sedan kompletterades med enskilda chefsintervjuerna. Möjligen kunde man även använt sig av deltagande observationer för att se samverkansmötena i sin rätta natur men av tidsbrist har flera datainsamlingsmetoder inte varit möjliga.

I en fokusgruppsdiskussion med ett positivt samtalsklimat finns möjlighet för deltagarna att ge motkommentarer till de övriga medlemmarnas uppgifter, om de inte håller med. Kanske kan man därför se fokusgruppen som en mer säker form av datainsamling vad gäller sanningshalten i det som kommer fram? Å andra sidan finns en risk att medlemmarnas svar färgas av respektive diskussion. Vad gäller svaren i denna studie var fokusgruppens medlemmar överlag överens. Svaren stämde dessutom väl med vad cheferna rapporterade i sina individuella intervjuer.

Intervjusvar

Efter att ha genomfört fokusgruppen och samtliga intervjuer kan jag konstatera att jag känner mig nöjd med den information jag har fått fram. Efter några inledande minuters tveksamhet i fokusgruppen kring vem som skulle börja prata så spred sig en väl balanserad diskussion. Även om man kan konstatera att några personer pratade mer än andra och att några framstår som mer tongivande, så kom alla till tals under samtalsgång. Jag upplevde att det nickades instämmande vid de flesta diskussioner där någon individ dominerade samtalen och i några fall bröt andra in och protesterade med andra åsikter än de som först lades fram. Risken hade

annars varit att en eller ett par tongivande personer dominerat samtalet igenom, men så verkar inte ha varit fallet.

Den som var mest fåordiga var naturligt nog den person som var nyast i gruppen och hade minst kunskap om och erfarenhet av dess arbete. Ytterligare en person var ganska tystlåten men det var den föräldralediga som hade med sin bebis under diskussionen, vilket troligen kan ha påverkat koncentrationsförmågan.

Det går självklart att fråga sig om andra metoder kunde ha använts, och lika självklart är det att jag kunde fått fram likvärdig information genom att till exempel genomföra enskilda intervjuer med alla deltagare, eller att även låta cheferna diskutera i en fokusgrupp. Jag är dock övertygad om att fokusgrupp var det rätta valet av metod för samverkansgruppen, då det framkom mycket relevant i diskussionen mellan deltagarna, som eventuellt inte hade gått att nå genom endast enskilda intervjuer. I efterhand kan jag även känna att en fokusgruppsdiskussion mellan cheferna hade varit spännande, men om man betänker hur chefsers kalendrar vanligen ser ut finns en stor risk att det hade blivit svårt att finna *en* tid då samtliga haft möjlighet att delta.

Möjligheten fanns att inhämta ytterligare information genom en andra fokusgruppsdiskussion, om underlaget efter den första bedömdes som för tunt. Det hade även varit möjligt att genomföra individuella intervjuer, av samma syfte. Fokusgruppsdiskussionen och materialet som kom fram bedömdes dock passa studiens syfte och frågeställningar. Således behövdes ingen kompletterande intervju eller diskussion genomföras.

Sammanlagt genomfördes sex chefsintervjuer. Vad som stod klart vid de enskilda intervjuerna var svårigheten att i vissa fall få fram ett svar som var i överensstämmelse med vad frågan avsåg. Vid flera tillfällen, vid olika intervjuer, upplevde jag att cheferna inte svarade på det som avsågs med den aktuella frågan. Möjligheten finns att frågan var oklart formulerad men samtidigt förstod andra chefer dessa frågor så som den var tänkt. Likaså fokusgruppen tolkade snarlika frågeställningar på "rätt" sätt. En fundering är om det istället handlar om chefernas förförståelse och inställning till vad som förväntas av dem som chefer. Över lag upplevdes en oro från chefernas sida om att inte kunna svara på frågorna. Intrycket var att de hellre svarade något allmängiltigt och lite "svävande" än att säga att de antingen inte visste svaret eller inte förstod frågan.

Det finns många faktorer som kan påverka utfallet av en studie. Det gäller till exempel att vara noggrann vid formuleringen av intervjufrågorna, så att dessa inte är ledande och påverkar svaren (Kvale, 1997). Till fokusgruppen formulerades en frågeguide, som enbart skulle vara vägledande för moderatorn. Syftet med guiden, och kategoriseringen av frågorna i den, var för att moderatorn skulle kunna se till att samtliga ämnesområden diskuterades. Frågorna var menade som riktlinjer i diskussionen och inte direkta frågor att ställa till varje enskild medlem.

Till chefsintervjuerna skapades en frågeguide med öppna intervjufrågor som fokuserade på chefernas inställning till samverkan, vad de ansåg kring olika aspekter av de samt deras upplevelse av detsamma. Möjligen kan några av frågorna ha ansetts ledande, när de till exempel tillfrågas om det har skett något kompetensutbyte för medlemmarna i gruppen. Det är dock svårt att formulera sådana frågor utan att det blir ledande då kompetensutbyte i sig är något som antingen förekommer, eller inte.

Utifrån studiens frågeställningar kan det konstateras att intervjuerna väl kunde besvara dessa. Den fråga som möjligen var problematisk handlade om vilket resultat som uppnåts för brukarna. Varför frågan är besvärlig diskuteras av såväl fokusgruppen som några av cheferna. Det handlar om de generella svårigheterna med att utvärdera behandlingsinsatser inom missbruk och beroende. Däremot kom det fram många svar kring de upplevda fördelarna med samverkan och hur dessa i sin tur påverkade brukaren och dennes vård. Möjligheten att

intervjua brukare för att besvara denna fråga övervägdes vid inledningen av arbetet men valdes dock bort, vilket redan har redovisats.

Min förförståelse och hur den påverkar

En faktor som är viktig att beakta i denna studie är min egen inblandning i den social-medicenska samverkansgruppen. Som socialsekreterare satt jag med redan i förarbetet till samverkansgruppen under dess första 1½ år innan jag tog tjänstledigt för studier. Tursunovic (2002) poängterar att en gemensam bakgrund med de man vill studera riskerar att påverka resultatet genom eventuellt förutfattade meningar och kräver således extra förberedelser och noggrannhet. För att minimera denna påverkan anlätades en extern moderator till fokusgruppen och jag har försökt vara extra vaksam på alla aspekter där mina förkunskaper skulle kunna utgöra ett hinder. Jag kan dock inte garantera att detta ändå inte påverkat studien. Vad gäller farhågan att jag eventuellt inte skulle kunna skriva vad som helst med anledning av att det är min arbetsgivare som utvärderas har det blivit inaktuellt med anledning av att jag, vid uppsatsens färdigställande, kommer ha bytt tjänst.

Det är även viktigt att, i en studie vara försiktig med att blanda in sina egna personliga värderingar i allt för hög grad. Silverman (2011) redogör dock för sociologen Max Webers inställning till forskning där denne menar att all forskning till någon grad är influerad av forskarens värderingar. Det är tack vare dessa värderingar som vi kan identifiera problem som är värda att studera. Även de slutsatser som kan dras från forskningen är till stor del baserade på den moraliska eller politiska tro som finns hos forskaren. För den skull får man inte låta sina värderingar i allt för hög grad påverka utfallet av studien och man måste genom hela processen försöka redogöra för de resultat man har med så stor noggrannhet som är möjligt.

En annan risk var att jag som åskådare skulle influera fokusgruppsdiskussionen. Mitt tidigare deltagande i samverkansgruppen skulle kunnat orsaka att personerna vände sig till mig i sina diskussioner. Jag behandlades dock som i stort sett icke närvarande, endast vid ett tillfälle aktualiserades det faktum att jag var i rummet när en person pratade om den tjänst som jag tidigare hade haft, och hur denne ansåg att samverkan påverkat tjänsten. Jag nämndes dock mest i förbigående och tror inte att det påverkade utfallet av själv resonemanget.

Det finns även en annan aspekt av mina förkunskaper, nämligen att det kan ge mig möjlighet att göra djupare analyser av vissa frågor och se mönster som andra kanske hade missat. Det gäller dock som sagt att vara försiktig med hur jag använder mig av denna möjlighet.

Val av analysmetod

Vilket förfarande som skall användas vid analys av det empiriska materialet måste styras av syftet man har med studien (Kvale, 1997). I denna studie är syftet att granska samverkansgruppens, samt chefernas, syn på samverkan och dess utveckling. Även om det till exempel kan finnas intressanta aspekter av samspelet i fokusgruppsintervjun så är det vad som faktiskt förmedlas som är av intresse för denna studie.

Fokusgruppsintervjun resulterade i 33 sidor ordagrant transkriberat material. Chefsintervjuerna hamnade på totalt 57 sidor och den kompletterande intervjun med en fokusgrupps-medlem blev 7 sidor. Redan när intervjuguiden formulerades fanns en tanke om att strukturera frågorna i intervjuerna utifrån en förbestämd kategorisering. Detta för att underlätta analysen och ge en röd tråd genom hela arbetet. Kategoriseringen gjordes utifrån vad som var relevant i de tidigare forskningen, kopplat till studiens frågeställningar. Det visade sig dock, när analysen faktiskt skulle göras, att kategoriseringen behövde göras om något för att även ta hänsyn till den teoretiska kopplingen.

Utifrån ovanstående tankegångar blev det naturligt att välja en klassisk innehållsanalys som tillvägagångssätt, där jag kategoriserade materialet utifrån de fokusområden som valts (Denzin & Lincoln s. 785). Genom de förutbestämda kategorierna kunde jag sedan göra likvärdiga analyser av såväl fokusgruppens svar, som chefernas och se var svaren stämde överens eller var det fanns olikheter.

Etiska överväganden

I studier som berör människor och mänskligt agerande är det viktigt att göra etiska reflektioner kring vad man avser studera. I denna studie efterfrågas dock inte någon information som berör privatpersoners personliga egenskaper, erfarenheter eller livsval. Det är verksamhet inom offentliga organisationer som skall studeras och även om man självklart måste ha ett etiskt tänk genom arbetets gång handlar det ändå om en verksamhet som skall arbeta för medborgarnas bästa och således bör kunna hållas ansvariga för sina ageranden.

När det gäller kontakten med respondenter och andra uppgiftslämnare i studien är det viktigt att hela tiden beakta hur de ser på sitt deltagande och hur de kommer betrakta det färdiga resultatet. Enligt Silverman (2011) skall man som forskare, i så stor utsträckning som möjligt, se till att människor deltar i studien frivilligt och att materialet kommer hanteras konfidentiellt. Så långt det är möjligt skall man se till att skydda människor från skada och försäkra gemensam tillit mellan forskaren och de människor som skall studeras. Detta innebär till exempel att deltagarna i fokusgruppen fått noggrann och genomgående information om syftet med studien, att materialet skulle spelas in samt hur det senare skulle hanteras. Detta för att i så stor utsträckning som möjligt uppnå vad som kan kallas för *informerat samtycke* (Clifford G. Christians kap 5, i Denzin & Lincoln, red. 2000).

Tursunovic (2002) poängterar vikten av att informera medlemmarna om svårigheterna med att garantera dem anonymitet. Eftersom det är en gruppdiskussion kan total anonymitet aldrig bli aktuellt. I denna typ av studie är det också omöjligt att garantera anonymiteten då de som känner till den socialmedicinska samverkansgruppen också vet vilka som ingår i den. Även om medlemmarna har försäkrats att intervjuerna anonymiseras vad gäller namn, så finns det en risk att de individuella åsikterna går att känna igen baserat på vissa tjänstespecifika funktioner. Likaså är det omöjligt att dölja vad som diskuteras kring de olika funktionerna i gruppen, då det till exempel endast finns en läkare med blir det självklart vem som avses om det diskuteras kring läkarrollen. Medlemmarna informerades dock om detta vid flera tillfällen innan intervjun och samtliga sade sig vara införstådda med de villkor som gällde.

Den eventuella anonymiteten för cheferna är en annan fråga. Författaren Clifford G. Christians (kap 5 i Denzin & Lincoln red. 2000) diskuterar kring vad som bör gälla angående sekretess och anonymitet när det gäller offentliga organisationer. Författaren frågar; "Vilka privata delar borde *inte* exponeras?" (min kursivering) vilket kan ses som en viktig poäng i sammanhanget. Som chef för en offentlig organisation är man satt på en position där man skall förvalta offentliga medel utifrån medborgarnas bästa. Är det då inte rimligt att tänka att cheferna skall kunna stå för hur de anser att resurserna skall användas samt hur de förhåller sig till en samverkan som, sedan juli 2013, är lagstadgad? Chefernas åsikter kommer därför att presenteras utifrån respektive respondents position.

Litteratursökning

Samverkan är ett väldigt brett område med mycket tillgänglig forskning inom många olika fält. En litteratursökning som genomförs på databasen *Social services abstract*, via Göteborgs universitetsbibliotek, ger till exempel 2946 unika träffar på ordet *collaboration* och 3416 träffar på *cooperation*. Då är dessa två sökord endast ett urval av de som går att använda som

synonymer för det svenska ”samverkan”. Det var med andra ord svårt att veta hur ett relevant urval skulle kunna göras bland sökträffarna.

Söker man på ordet *samverkan* på Göteborgs universitetsbiblioteks webbplats får man 2525 träffar. Av de fem första träffarna är två böcker, de övriga tre är tidskrifter eller rapporter. Då dessa två böcker verkade passa in på mitt ämnesområde valde jag att börja med dem; Kajsa Lindberg, vars bok *Samverkan* handlar om interorganisatorisk samverkan samt Berth Danermark och Christian Kullbergs; *Samverkan- Välfärdsstatens nya arbetsform* (1999). Via dessa två böcker sökte jag mig sedan vidare från referenslista till referenslista. Jag försökte begränsa mig till litteratur som var aktuell, det vill säga publicerats omkring de senaste 10-15 åren, men i vissa fall var det litteratur som verkade så pass relevant att även äldre versioner togs med. Claes-Göran Westrin är ett exempel på äldre litteratur som togs med, främst utifrån hans inriktning på internationellt jämförande studier. Även den internationella forskning som använts i studien gick att finna genom referenslistorna.

Till mitt teorikapitel behövde jag litteratur om organisationsteori, institutionell teori samt människobehandlande teorier specifikt. En sökning på biblioteksdatan på *Organisations-teori* gav några passande träffar som jag kunde använda. Jag fick dessutom tipset att läsa in mig på Hasenfeld och fann då dels hans bok *Human services as complex organizations* samt en artikel av honom angående organisationsförändringar som resultat av social politik. Vidare rekommenderades jag en helt nypublicerad bok; *Förändringens entreprenörer och tröghetens agenter* vilket är en antologi över institutionell teori inom människobehandlande organisationer (Linde och Svenssons, 2013). Tillsammans med några ytterligare böcker som framkom genom referenserna skapades ett bra underlag för teorikapitlet.

RESULTAT OCH ANALYS DEL I

Konstant förändring – samverkansgruppens framväxt och utveckling

I teorikapitlet har det beskrivits om Hillel Schmidts (2010) tankar om att en människobehandlande organisation idag är allt mer beroende av att kunna vara dynamisk och föränderlig. Som ett sätt att klara sin överlevnad måste organisationerna anpassa sig och hitta nya arbetsformer. När organisationerna går mot en allt högre specialisering krävs nya metoder för att lösa de allt mer komplexa ärenden som uppstår (Danermark, 1999; Lindberg, 2009). En lösning på dessa organisatoriska problem har varit att samverka (Löfström, 2001). Utifrån dessa premisser förstår man vårdcentralchefen tillika läkaren i gruppen när han diskuterar kring förändringar i missbruksvården i regionen och säger att;

”för mig var det också väldigt viktigt att primärvården, att Vårdcentralen här inte skulle få detta på sig (...) för det kände jag att det mäktar vi inte med vi måste hitta bra struktur för att också vi ska klara oss så det var väl ganska så egoistiska tankar bakom det här (...) så att det är ju inte bara ett vårdideologiskt intresse utan att som chef måste man ju se till att resurserna räcker till allt, att man hittar vägar och former så att det kan bli ett effektivt samarbete.” (Läkare, offentlig vårdcentral)

Läkaren pratar här om en förändring i andra delar av vårdsektorn som medförde att brukare med missbruksproblem i allt större utsträckning skulle hänvisas till vårdcentralen. För att förebygga en eventuell resursbrist såg han en möjlighet i att samverka med kommunen kring målgruppen.

När gruppen diskuterar kring hur samverkan har utvecklats sig över tid så är de överens om att strukturen ser ut som den gjorde från början, gruppen träffas var 14:e dag. En förändring som har skett är att öppenvårdspsykiatri och beroendevården samt den privata vårdcentralen numer endast deltar varannan gång, alltså en gång i månaden. Däremot kring själva arbetet i gruppen säger en medlem:

”Ja, förut kanske det var mer att vi var rätt noga med (...) vad som var skrivet i planen och, eller det här avtalet, och likadant... alltså påmindes om det. Nu har det blivit en mer arbetande grupp som pratar mer om klienterna och... stämmer av mer.” (alkohol- och drogrådgivare, kommunen)

Gruppen menar att de har kommit samman på ett bra sätt och nu faktiskt ”gör jobbet” istället för att prata om rutiner och bakgrundsarbete. Jämfört med tidigare har samverkansgruppen blivit en mer arbetande grupp, där man förut lade mycket tid på formen för samverkan, avtal mm, så pratar man nu mer om klienter och stämmer av. Alkohol- och drogrådgivaren fortsätter med att säga; ”Det känns naturligare i alla fall”. Gruppen upplever även att de samarbetar kring utbildningar som en gemensam kompetenshöjning.

En utveckling som har skett är att man, i de fall brukarna inte har velat medverka i samverkansgruppen och således inte har skrivit på ett sekretessmedgivande, har kunnat dra ärenden anonymt. På så vis har deltagarna kunnat få stöd i hur de bör gå vidare med sitt arbete, och ge bättre stöd till brukaren, trots att sekretessmedgivandet inte funnits.

Under åren som samverkansgruppen varit i drift har det varit störst förändringar på tjänsten som socialsekreterare från kommunen. Flera olika personer har passerat igenom samverkans-

gruppen och en deltagare uttrycker en osäkerhet kring hur detta kan ha påverkat gruppen och samverkan. Däremot kontrar en annan deltagare med att;

”Eftersom den är så stabil i övrigt så tror jag inte att det har påverkat så jättemycket ändå, sen är det klart att det tar alltid tid att få de där personliga kontakterna och sätta sig in i ärenden och såna saker, men det har varit en skyddande faktor att resten av gruppen har varit stabil och att man har träffats så pass ofta.” (Ssk, psykiatrisk beroendevård)

Detta resonemang stämmer väl överens med Hillel Schmids (2010) tankar om att en organisation idag måste hantera att leva i en mer eller mindre konstant förändring. Samtidigt konstaterar Danermark (2003) att förändringar av arbetet kan orsaka turbulens i samverkan och riskerar att vara en grogrund för irritation och oro. En skyddande faktor tycks dock vara att det finns avtal och dokument som reglerar samverkan, något som Lindberg och Czarniawska (2006) konstaterar och som även samverkansgruppen tar upp när de diskuterar att grunden för samverkansgruppen och dess goda relationer lades redan vid skapandet av avtalet. Gruppen konstateras vidare att arbetet med avtalet i Götene kommun tog ganska lång tid, bland annat för att Vårdvalet kom till precis innan man var färdig att skriva på, vilket medförde att man även behövde försöka få med den nya privata vårdcentralen i uppgörelsen. De menar att den tid det tog att arbeta fram avtalet har varit viktig för att syftet med samverkan skulle förankras hos medarbetarna. Från en deltagare, som även sett hur det ser ut i andra kommuner, kommer resonemanget att;

”jag tror det är viktigt att ta tid på sig och jobba länge och inte bara, som har skett i vissa kommuner, att man har anlitat konsulter som har skrivit avtalet och sen ska man börja jobba efter det för då blir det en väldigt lång startsträcka tror jag, större startsträcka än om man vänder på det.” (Ssk, psykiatrisk beroendevård)

Läkaren från den offentliga vårdcentralen instämmer i detta och säger vidare;

”Ja, jojo, men jag har aldrig varit med om nån samverkan eller arbetsgrupp där det engagemanget har varit så påtagligt och så synligt va, (...) jag tror att det har varit bra den här långa perioden som vi har värkt fram det här avtalet, att man har stött och blött, det tog lång tid, att det har bidragit till att svetsa ihop.” (Läkare offentlig VC)

Det konstateras att förståelsen för arbetet är viktig och att om man inte vet vad syftet är med samverkansgruppen så riskerar den att inte fungera. Något som även Danermark (2004) poängterar. Sjuksköterskan från beroendevården fortsätter sitt resonemang med att säga;

”(...) samverkan fanns ju *här* långt (...) före avtalet som skrevs, i kanske lite andra former men ändå en typ av samverkan och jag har ju ändå sett att det är här det fungerar bäst och jag har sett den andra delen där man anlitar konsulter för att avtalet ska skrivas (...) då förstår man inte och jag kan ju bara liksom, bara försöka förklara hur vi jobbar på andra ställen men har man inte varit med i processen så är det lite svårt.”

Förutsättningar för samverkan

I den tidigare forskningen diskuteras mycket kring förutsättningarna för att få till en fungerande samverkan. Det framkommer även många åsikter om att det är svårt att samverka,

att projekt som syftar till att få organisationer att samverka ofta fallerar och att man egentligen inte ska ge sig in i samverkansprojekt om man inte verkligen måste (Huxham & Vangen, 2005). Efter diskussionerna i fokusgruppen såväl som intervjuer med cheferna står det klart att samverkansgruppen i Götene har fungerat ovanligt bra. Tidigare i kapitlet har jag redovisat åsikter från fokusgruppen som gör gällande att de har en bra relation och trivs med varandra i gruppen. Vidare diskuterar de kring sammanhållningen och åsikter förs fram om att det beror på vissa nyckelpersoner i gruppen. Det finns två representanter som har varit med och arbetat fram själva avtalet och således gjort förarbetet till samverkansgruppen. Ytterligare en nuvarande representant var med i diskussionerna kring hur samverkan skulle se ut samt från dag ett när det startades upp. Två andra deltagare har varit med sedan gruppen var precis nystartad och övriga två har kommit till senare. Åsikten att det finns några nyckelpersoner åsyftar i det här fallet även en persons profession, då denne i egenskap av läkare har möjlighet att boka in brukarna för regelbundna läkarbedömningar;

”(...) det är jättebetydelsefullt, för primärvården får ju väldigt mycket ansvar för den här gruppen och har man då intresse så bidrar det väldigt mycket positivt, för det kräver ju en extra insats att hålla i såna här patienter.” (Ssk, psykiatrisk beroendevård)

Läkaren från den offentliga vårdcentralen uppges även vara en viktig person med anledning av sitt engagemang och intresse. Läkarens roll i samverkan diskuteras av Danermark (2004), som konstaterar att de som profession får en särställning i sammanhanget eftersom, läkare enligt Hälso- och sjukvårdslagen, har det yttersta ansvaret för beslut gällande kommuninvånarnas vård. Därför väger en läkares ord mycket tungt, eller till och med tyngst, när vårdbeslut skall fattas. Även Westrin (1986a) diskuterar läkarens särställning i samverkan utifrån en maktaspekt då han påpekar att läkare generellt sett har en hög status i relation till de övriga yrkes-kategorierna. Westrin menar vidare att sjukvårdspersonal över lag tenderar att ha en negativ inställning till att samverka. I Götene samverkan märks dock ingen ovilja till samarbete från sjukvården. I genomgången av förekomsten av samverkan med kommuner i landet i stort konstaterades dock att primärvården var en av de samarbetspartners som oftast saknades, vilket stödjer Westrins teori om svårigheten att integrera vårdpersonal i samverkan.

Utifrån fokusgruppsdiskussionen kan sägas att läkaren tog en del av samtalsutrymmet och att han var en av de personer som pratade allra mest. Det går dock inte att säga att han dominerade på ett negativt sätt. Viktigt är dock att fundera på hur det hade sett ut om en person som framstår som så viktigt i samverkansgruppen hade varit oengagerad eller rent av ovillig att samråda med övriga yrkeskategorier. Risker är då kanske att hela samverkan fallerat. Likaså finns en risk med en sådan maktfunktion i samverkan, om den personen använder sin dominerande ställning till att styra gruppen i allt för stor utsträckning. Utöver engagemanget är det således viktigt att den som innehar en viktig funktion i samverkansgruppen även har en väl utvecklad förmåga till lyhördhet och samarbetsvilja.

Vikten av att ha med engagerade personer i samverkan är något som den tidigare forskningen poängterar (Danermark & Kullberg, 1999), såväl som en diskussion som uppkom i gruppen när de ombads svara på om de hade några tips till andra som skall starta liknande samverkan. Sjuksköterskan från beroendevården är mycket tydlig med att hon anser att det finns de som passar bättre och sämre till att delta i samverkan när hon säger;

”Se till att man väljer engagerade personer till grupperna, alltså såna som verkligen vill jobba med samverkan, för det är väldigt viktigt vad det är för personer från varje samverkan, tycker jag.” (Ssk, psykiatrisk beroendevård)

Hon förtydligar vidare med;

”Man behöver vara intresserad av patientgruppen framför allt, men också ha förmågan att samarbeta.” (Ssk, psykiatrisk beroendevård)

En annan fråga som diskuterades vad gäller förutsättningar för samverkan var styrgruppens arbete och behovet av att arbetet är väl förankrat i ledningen, såväl som att samverkansgruppen skall ha tillräckliga mandat. För de som blev tilldelade en plats i samverkansgruppen vid uppstarten, eller som kommit till ännu senare på grund av personalomsättningar, har det varit en process att komma in i gruppen och att forma gruppens arbete;

”Min tjänst var ny, gruppen var ny, alltså alla i gruppen var nya, eller alltså själva formen var ny så det var inte solklart.” (Socialpedagog 1, kommunen)

Gruppen menar dock att alla har varit med om att försöka forma samverkan till vad den är idag. Andra som var med från start säger att det alltid varit självklart att just deras profession skulle ingå i gruppen, där har det aldrig funnits några oklarheter. De som har kommit till ”under resans gång” menar att de helt naturligt fortsatt i den tidigare innehavaren av tjänstens fotspår och gått in i samverkan eftersom deras företrädare varit med. Ingen i gruppen uttrycker någon oklarhet ifall de skall eller bör vara med i gruppen.

Vikten av förankring är något som även stöds av Bak och Gunnarsson (2000) i deras diskussion kring vilka förutsättningarna är för en fungerande samverkan. Samverkansgruppen har efterfrågat tid att träffa styrgruppen för att diskutera vissa frågor, men då styrgruppens möten blivit inställda har detta inte kunnat bli av.

Även om uppdraget att samverka är väl förankrat hos deltagarna och ingen ifrågasätter sin närvaro, så är medlemmarna överens om att deras respektive mandat att agera varierar. Det skiljer sig åt vilka möjligheter och mandat en sjuksköterska har jämfört med en läkare. De som inte har mandat att till exempel skriva ut recept på egen hand känner dock inte att det är något problem att kommunicera sådant med sina respektive läkare på plats i organisationen.

”jag kan ju inte säga (...) att ”du ska skriva ut recept på det” men jag kan diskutera och säga våra synpunkter, det kan jag göra.” (Ssk privat VC)

Andra känner att det inte är något problem med att agera när det till exempel får en fråga om inläggning eller bedömning, de kan åtminstone alltid se till att det blir ett svar tillbaka. Däremot är representanterna från psykiatrin beroende av sina respektive teambedömningar. I den enskilda intervjun säger representanten från öppenvård psykiatrin att han tror att han har tillräckligt mandat men;

”sen kan inte jag fatta för stora beslut heller i och med att alla patienter som hamnar hos oss (...) går via remissbedömning eller åtgärdskonferenser, jag får ta med mig ärenden dit i så fall liksom då, om det ska fattas beslut.”

Samverkansgruppen konstaterar således att de har bra förutsättningar för att få till en fungerande samverkan men att mandatet att fatta beslut varierar. Vad man kan fundera på är dock vad som händer om allt för många i gruppen byts ut? Som tidigare konstaterats är läkaren en viktig funktion vars engagemang och samarbetsförmåga är av stor vikt. Det som märktes i gruppdiskussionen finns det flera andra tongivande aktörer i samverkan som dessutom poängterar vikten av att trivas i gruppen. Om det då sker stora omstruktureringar och gruppen inte heller har styrgruppen att förlita sig på kan man fundera på hur det kan påverka samverkansgruppens stabilitet.

Samverkanskultur

Den institutionella teorin diskuterar kring vad som kallas för ett kulturperspektiv. Kulturperspektivet redogör för hur en organisations interna värderingar (med andra ord dess kultur) kan styra hur verksamheten utformas (Christensen m.fl, 2005). Ett exempel på en sådan kultur är den tradition som finns i Götene kommun vad gäller samverkan. Samverkansgruppen diskuterade kring detta och konstaterar att Götene kommun har en tradition av att samverka i vårdfrågor. Enligt gruppen har Götene, med sin begränsade storlek, upplevt sig tvungen att samverka för att kunna erbjuda bra vård till invånarna.

”Götene upplever sig själv som en liten kommun som är beroende av att samarbeta, samverka, med andra aktörer för att klara de uppdrag man har, jämfört med större kommuner som Lidköping eller Skövde, (...) ja... dom har lite större självsäkerhet i sitt sätt att arbeta så när stans bottnar det lite grann i den här känslan av den lilla kommunen, vi måste jobba ihop för att klara oss på något sätt.” (Läkare, offentlig VC)

Det innebär att det finns en kultur av samverkan mellan kommunala instanser och primärvården. När behovet av samverkan kring personer med missbruks- och beroendeproblem aktualiserades menar främst en representant som var med och tecknade avtalet att det var självklart att utöka samverkan till att även omfatta denna målgrupp. Denna syn på behovet går att ställa i relation till två av Lindbergs (2009) sex nivåer av orsaker till samverkan. Det speglar såväl en *ömsesidighet* kring det gemensamma intresset för att samverka runt en uppgift man inte klarade på egen hand, såväl som en önskan om *effektivitet* för att förbättra arbetet samt eventuellt hålla kostnaderna nere.

En annan aspekt av samverkan och att Götene är en liten kommun, konstaterar en medlem i gruppen, är att det blir lättare att lära känna varandra såväl som att bli igenkänd: ”vi hittar ju varandra under samma tak i stort sett” (Ssk, kommunen). Att Götene är en liten kommun hade kunnat vara en möjlig förklaringsmodell till framgången för samverkan, men samtidigt konstaterar läkaren, som tidigare arbetat i en grannkommun av liknande storlek, att denna samverkanstradition inte fanns på den tidigare arbetsplatsen. Slutsatsen är att storleken på kommunen inte kan vara avgörande, utan att Götene samverkanskultur spelar en stor roll för samverkansgruppens goda resultat.

Samverkanstväng?

Enligt institutionell teori kan även mytperspektivet användas som förklaringsmodell till en organisations agerande. Mytperspektivet sätter fokus på att organisationer får sin legitimitet genom att anpassa sig till vad som formellt förväntas av dem, utan att de för den skull genomför faktiska förändringar av verksamheten (Christensen m.fl, 2005). En tanke som fanns vid inledandet av detta arbete var att den socialmedicinska samverkansgruppen i Götene skulle kunna illustreras som en sådan mytanpassning; att de startade samverkansgruppen med anledning av externa påtryckningar, utan att egentligen själva se behovet. Men som precis redovisats verkar det tvärtom ligga i Götene kommuns kultur att samverka. Däremot beskriver samverkansgruppen hur andra kommuner har anpassat sig till kravet om samverkan och ordnat samverkansavtal för att ”man skall ha ett”, utan att för den skull få till en samverkan i nivå med Götene. Resonemanget från samverkansgruppen påtalar att man låtit konsulter skriva avtalet, med anledning av den nya lagen, och att;

”(...) de flesta avtal som skrivs är ju mer eller mindre omskrivna versioner utav Götene och det är inget fel i sig, men det blir ju fel när det inte är dom som jobbar med det sen som är alls med i processen.” (Ssk, psykiatrisk beroendevård)

Det här exemplet visar med andra ord en organisation som på ytan försöker leva upp till en lagstiftning som säger att de måste samverka, utan att det är ordentligt förankrat i verksamheten. Den nya lagen gör gällande att samtliga kommuner och landsting är skyldiga att teckna samverkansavtal, men om syftet inte är förankrat och medarbetarna inte är med på varför man skall samverka riskerar det att fallera. Som mytperspektivet belyser blir det då ett glapp mellan vad man säger sig göra och det faktiska arbetet. Enligt Garrow och Hasenfeld (2010) är det uppenbart att den institutionaliserade miljön leder till att organisationer anpassar verksamheten efter regeringens krav endast i liten utsträckning och att de i möjligaste mån försöker förhindra förändring av den organisatoriska miljön, även om en sådan skulle vara nödvändig. Något som skulle kunna vara en förklaringsmodell till att samverkan inte verkar fungera lika smidigt i vissa andra kommuner. Som sjukösterskan från beroendemottagningen konstaterar är det svårt att förklara för andra hur Götene jobbar och hur deras modell fungerar, då den är grundad i deras kultur och således inte är något som lättvindigt flyttas över från en organisation till en annan.

Hinder för samverkan

Mycket framstår som positivt med samverkan och när gruppen ombeds diskutera vilka hinder de har stött på har de inledningsvis svårt att se några. En medlem formulerar sig så här;

”...så har vi ju liksom, jag har inget hinder längre tack vare den här samverkansgruppen som jag upplever det i alla fall, sen kan man ju uppleva att det finns hinder vad gäller resurser och tid men just i samarbetet över gränsen finns det ju inget hinder egentligen (...) och det är ju nästan lite en revolution med tiden innan kan man säga. Sen tycker inte jag att tid och resurser har varit något större hinder egentligen. (...) ur sjukvårdens sida har vi röjt undan hindren och det var väl egentligen målsättningen från början. Så jag tycker det har uppfyllts till 110% egentligen.” (Läkare, offentlig VC)

Efter en stunds diskussion konstaterar gruppen dock att öppenvårdspsykiatriens resursbrist, det faktum att deltagaren därifrån ofta inte har kunnat komma, är något som självklart har varit en brist i samverkan. På grund av frånvaron av representanten från öppenvården har man vid flera tillfällen inte kunnat använda sig av den naturliga kontaktväg till dem som borde ha funnits genom samverkan; ”Jag tänker på utredningar till exempel, uppföljningar, för vår del i alla fall så hade vi velat samverka mer med dom” (Ssk, psykiatrisk beroendevård) även om man ändå kan nå representanten genom andra kontaktvägar; ”Men sen kunde jag ju nå dem ändå men de hade kanske vart smidigare i gruppen om han hade vart med” (Ssk, privat VC).

Gruppen är även osäker kring vilket mandat representanten från öppenvårdspsykiatri har när det gäller att fatta beslut kring ärenden. Osäkerheten kring representantens möjlighet att närvara och dennes nivå av mandat har lett att man inte förväntar sig hjälp från enheten;

”Ja, och det har väl kanske inte blivit den återkopplingen heller utan det har lite stannat just för att dom har bristande resurser så har vi till slut inte förväntat oss så mycket, eller åtminstone så har jag slutat att förvänta mig att få den hjälpen utav vuxenpsyki [öppenvårdspsykiatri] som vi egentligen skulle behöva i den är gruppen också då.” (alkohol- och drogrådgivare, kommunen)

Gruppen är dock överens om att problemet är orsakat av resursbrist, det är inte bara närvaron i samverkansgruppen som har påverkats av detta faktum, även andra vårdaspekter där man behövt vända sig till öppenvårdspsykiatri har fallerat av samma anledning. Det är öppenvårdspsykiatri i Lidköping som är ansvarig för bedömning av akuta abstinenser för personer

bosatta i Götene kommun. Den senaste tiden har de dock inte kunnat göra detta eftersom det inte funnits någon läkare i tjänst på avdelningen. Man konstaterar även att redan när man arbetade fram avtalet så visste man om hur situationen såg ut för öppenvårdspsykiatri och att enheten inte fungerade som den skulle. Fokus för samverkan var dock att se till att det fungerade lokalt i kommunen åtminstone, och läkaren som var med och tog fram avtalet konstaterar; ”förväntningarna på psykiatri var kanske inte så stora från början” (Läkare, offentlig VC).

Öppenvårdspsykiatri är dock inte ensam om att ha svårt med mandatet. Gruppen konstaterar att det även gäller beroendemottagningen. De kan ta med frågorna till en så kallad åtgärds-konferens men de har svårt att ge några garantier vid sittande bord. Det konstateras dock att det faktum att ett ärende planerats i samverkansgruppen gör att det väger tungt vid diskussion på den ordinarie arbetsplatsen. Det konstateras även vidare, i frånvaro av en socialsekreterare som själv kan dra en sådan slutsats, att samverkansgruppen kommer till nytta när det gäller bedömningar från socialtjänsten kring vårdbehovet, när det till exempel börjar närma sig ett eventuellt LVM-ingripande. Gruppen har kunnat hjälpa socialsekreteraren att vrida och vända på ärendet ordentligt vilket väger tungt när det sedan skall diskuteras fram ett beslut i den ordinarie verksamheten;

”För finns det en backup på hemmaplan kan man även se lite annorlunda på ett LVM-ärende över tid och då jobbar man ju med det och då är gruppens, denna gruppens, åsikter väldigt mycket värda och vad var och en kan bidra med.” (alkohol- och drogrådgivare, kommunen)

En svårighet som man har stött på i samverkansgruppen har varit att skriva ned de individuella vårdplaner som avtalet dikterar att samverkansmötena skall leda fram till. Medlemmarna konstaterar att gruppen brister i att skriva dessa då man istället prioriterat att kunna dra ärenden och diskutera vården kring varje enskild brukare. Det är sagt att man istället för att skriva dem vid sittande möte istället skall skriva dem var och en efter samverkansmötet men;

”Nej, vi har ju en stor brist och det är ju att vi inte ens skriver dem, om vi ska vara ärliga”; ”Det ligger inte riktigt i systemet så bra, det finns ingen riktigt bra rutin där.” (alkohol- och drogrådgivare, kommunen)

Möjliga orsaker diskuteras kring varför planerna inte skrivs och resonemang förs om att det beror på att brukaren inte är med i gruppen;

”Jag tror att en orsak till den här bristen, eller vad du vill kalla det, med den här vårdplanen är ju att vi gör den utan klienten, klienten är ju ... inte närvarande (...) jag tror att vi hade lyckats bättre om klienten hade varit med, alltså fysiskt alltså. Nu pratar vi bara om honom eller henne.” (Ssk, kommunen)

Konflikten mellan att värna om brukarens behov och att anpassa sig efter de regler som finns är vanligt inom människobehandlande organisationer. Det är en ständig balansgång. (Bohlin, 2009; Schmid, 2010). Att då flera medlemmar konstaterar, angående de uteblivna vårdplanerna, att de anser det varar rätt prioriterat, att de fokuserar på brukaren och inte en pappersprodukt blir ett bra exempel på hur man prioriterar brukarens behov. Samverkansgruppen konstaterar att huvudsaken är att vårdplaneringen görs, inte att den skrivs ned;

”och egentligen så är det ju fantastiskt att vi utan att ha fått ned det på papper (...) så kan vi ändå få varandra att göra dom här arbetsuppgifterna.”
(Alkohol- och drogrådgivare, kommunen)

Här finns dock tankar om att en möjlig förklaring är att gruppen har ett bra samarbete och att denna struktur riskerar att gå förlorad om gruppen förändras i någon större utsträckning.

I resonemanget kring varför brukaren inte är med i samverkansgruppen, så som avtalet avsett, diskuteras att gruppen från början hade en tanke om att ”jobba ihop sig” och få en fungerande samverkansstruktur, innan man tog in brukare. Gruppen konstaterar vidare att de flera gånger erbjudit brukarna att vara med på samverkansmötena men att inte någon tackat ja. Ett resonemang kring varför är att det kan vara svårt för brukaren att ställas inför så många personer samtidigt. För vissa brukare, som planeras regelbundet, skulle det inte bli praktiskt möjligt att ha med dem vid samtliga vårdplaneringar; ”utan då blir det att man kanske ser att huvudsaken är att man jobbar för klienten” (Alkohol- och drogrådgivare). En annan reflektion är att när det går bra för klienten och denne skulle ha möjlighet att vara med vid ett samverkansmöte så är de generellt sett inte aktuella för vårdplanering i gruppen. Det är istället när det går sämre för dem som de behöver vårdplanering och då är de kanske inte i skick att närvara. Vidare konstateras att:

”det säger sig ganska mycket självt att det är väldigt jobbigt för en missbrukare, en klient, att vara med i den här samverkansgruppen och träffa dom här personerna.” (Läkare, offentlig VC)

Gruppen diskuterar kring vilka eventuella utvecklingsmöjligheter som finns för samverkan och kring vilka alternativ som finns istället för att ha med brukarna vid samverkansmötena. Ett alternativ som föreslås är att man skall erbjuda utvidgade insatser för att nå såväl brukare med komplicerad problematik som deras anhöriga. Förslaget är att komplettera samverkansgruppens arbete med att erbjuda nätverksmöten där endast de som är relevanta för brukaren kan träffas med en extern möteshållare och brukarens övriga nätverk;

”istället för att bara sitta här och stångas; ”att varför är de inte med” (...) måste vi ju hitta andra vägar, andra sätt och andra sammanhang kanske att lösa just den här problematiken.” (Läkare, offentlig VC)

För de anhöriga finns möjlighet att erbjuda stöd idag genom alkohol- och drogrådgivningen men även här är nätverksmöten en arbetsmetod med potential;

”Jo för det har vi ändå haft upp med vissa klienter, att vi kanske sett att det är anhöriga vi egentligen skulle erbjuda stöd, och då har vi ju alltid möjlighet att göra det och jag tänker på att det där vi har kommit upp med det här med nätverksmöten, att man har sett att vi kanske inte kommer längre med just bara klienten utan man behöver vidga det.” (Alkohol- och drogrådgivare, kommunen)

Gruppen resonerar vidare om möjligheten att sprida kunskapen om missbruk och beroende till sina respektive arbetsplatser, så att samverkansgruppen inte bara blir en ”proffsgrupp”. Det anses viktigt att de som kommer i kontakt med personer som har missbruks- eller beroendeproblem har kunskap kring området. Att sprida information skulle kunna öka såväl intresset som kunskapen och trygghet kring att arbeta med brukarna. Något som går att ställa i relation till vårdcentralsläkarens ord om att han innan samverkan motade brukare med missbruksproblem. I dagsläget beskrivs han istället som mycket engagerad och säger själv att hans hinder för att arbeta med målgruppen helt har försvunnit. Denna utveckling är ett exempel på

hur en väl fungerande samverkan kan bli en förändringsfaktor såväl inom organisationerna som interorganisatoriskt (Hardy & Phillips, 2002).

Nivåer av samverkan

I föregående kapitel beskrevs hur samverkansgruppen skapar och upprätthåller vårdplaner utan att dessa dokumenteras. Det faktum att samverkansgruppen klarar av att genomföra vården utan att planerna skrivs skulle kunna vara ett exempel på att de uppnått en mycket hög nivå av samverkan. Utifrån Westrins (1986b) modell kan man säga att samverkansgruppen har uppnått en hög nivå av *kollaboration* där de tillsammans diskuterar och finner lösningar på de behov som uppstår. Samtidigt genomförs detta med en känsla av gemensamt ansvarstagande för yrkesgruppen. Nästa steg i en samverkansprocess är att verksamheterna *integreras* med varandra. Här är inte samverkansgruppen riktigt, men vad som stämmer in på Westrins definition av begreppet är att det inte spelar någon roll vem brukaren träffar först, denne erbjuds samma planering och vårdutbud oavsett vem som är den primära vårdgivaren.

Samverkansgruppen diskuterar kring hur de anser gruppen fungera rent relationsmässigt. De är överens om att det fungerar väldigt bra för dem i Götene och att en möjlig orsak är att de trivs bra tillsammans. En person kommenterar;

”sen skulle jag vilja säga att en viktig bidragande framgångsfaktor är att vi trivs så väldigt bra med varann i den här gruppen, som personer alltså, det ska man inte underskatta.” (Läkare offentlig VC)

Han menar att samverkansgruppen har mycket att tacka att de personliga kontakterna fungerar bra. Man kopplar detta till den långa tid det tog att skapa samverkansavtalet och att detta ”svetsade ihop” gruppen. Samtidigt finns det personer som inte var med vid skapandet av avtalet som poängterar att;

”ja, man har ju känt sig väldigt välkommen från början, från första gången jag kom så har det alltid varit roligt att åka hit och det säger ju en hel del, för det är ju alltid svårt att komma ny, men jag ser fram emot träffarna och har gjort från början. Det är ganska ovanligt.” (Ssk, psykiatrisk beroendevård)

Det positiva klimatet innebär också en trygghet för deltagarna som de är överens om är en styrka. Och trots att gruppen har varierat vad gäller medlemmar, då det periodvis har varit flera chefer som deltagit, har gruppen behållit den trygghet de hade mer eller mindre från början, och är idag tillbaka med i stort sett ursprungsbemanningen vad gäller tjänster (dock inte nödvändigtvis personerna på tjänsterna).

Missbruks- och beroendefrågor är, som tidigare redovisats, en komplex och stundvis tung problematik. Utifrån sin egen arbetssituation, innan samverkan jämfört med i dag, konstaterar en av deltagarna att samverkansgruppen har varit hennes räddning, då arbetet annars hade kunnat bli för tungt:

”Jag känner mig inte lika ensam i ärendena, utan vi är ju fler. Det har vart kanske en räddning för mig faktiskt, att kunna jobba kvar här.” (alkohol- och drogrådgivare, kommunen)

En viktig del i samverkan är att ta tillvara respektive professions kunskaper och att det möjliggör för ett utbyte medlemmarna emellan. En medlem resonerar kring detta och säger att; ”det är väl också lite det som är bra med blandning, det blir lite mer åt det multidisciplinära hållet, att vi är olika professioner” (Ssk privat VC). Med andra ord tar

gruppen väl tillvara på varandras kompetenser och utnyttjar bredden i denna såväl som deras respektive yrkeserfarenheter.

Resultat för brukarna

Gruppen diskuterar kring effekterna av samverkan och konstaterar att det är svårt att göra en medicinsk utvärdering av arbetet, det går till exempel inte att säga om man har färre medicinska komplikationer nu än tidigare. Det finns för många andra faktorer som också spelar in såsom samhällsutvecklingen i stort, ekonomisk kris, tillgång till pengar osv, för att man skulle kunna förklara eventuella förändringar för brukarna med enbart samverkansgruppens arbete. Detsamma gäller mått som livskvalitet då det påverkas av mycket mer än bara vården från deltagarna i samverkansgruppen. I teorier kring människobehandlande organisationer konstateras just att när människor är "råvaran" som man skall arbeta med blir målen svåra att mäta (Bohlin, 2009; Garrow & Hasenfeld, 2010).

Mer allmänt kring fördelarna med samverkan säger en representant att: "jag tänker generellt att det blir en helhetssyn" (Socialpedagog 2, kommunen) och åsyftar att man ser brukaren utifrån de olika professionernas synsätt. Han får medhåll från flera andra kring nyttan av att träffas professioner emellan och diskutera brukarens behov. Genom samverkan har det blivit lättare att se till brukaren som helhet, att denne får komma på ett läkarbesök och att vården följs upp regelbundet. Det finns annars en risk att den somatiska delen inom missbruksvården hamnar i skymundan.

I teorin kring människobehandlande organisationer kan man läsa om deras så kallade dubbla roller. De förväntas å ena sidan förverkliga välfärdssamhällets förväntningar om hur individen bör socialiseras in i samhället, samtidigt som de skall värna om individens behov (Bohlin, 2009; Schmid, 2010). I relation till dessa tankegångar sätts diskussionen från den offentliga vårdcentralen om att man tidigare motade personer med missbruksproblem på grund av oro för att de skulle bli för resurskrävande; "men vi hade också den attityd att missbrukspatienter håller man ju borta från verksamheten snarare" (Läkare, offentlig VC). När man idag jobbar strukturerat med samverkan och att följa upp vården blir brukarens upplevelse en annan. Den offentliga vårdcentralens representant säger att han vid ett möte med en brukare häromveckan fick reaktionen att; "Nu betraktas jag som en människa". Reflektionen kring denna reaktion gör gällande att man troligen skapar mer trygghet hos brukarna med det samverkanssystem man har idag;

"jag tror ju nånstans (...) att vi skapar en viss trygghet hos missbrukaren också, om man får säga så, att man vet att man har en tillgång till, och de kan ju ringa och höra av sig om det kniper på något vis va, så på så vis tror jag nog att det ändå (...), utifrån vårt perspektiv har en nytta, även om vi inte kan påvisa någon medicinsk nytta eller att vi kan lösa missbruksproblematiken i samhället, det kan vi nog inte hävda (...)." (Läkare, offentlig VC)

Vidare diskuteras att relationen mellan samverkansdeltagarna och de kortare kontaktvägar som skapas självklart också gagnar brukarna. Tack vare de bra personliga relationerna i gruppen känner medlemmarna ett ansvar vad gäller att gå in med resurser och stå för sin del av vården. En av deltagarna beskriver;

"men det är lättare liksom att ge lite extra även när det går lite utöver när man (...) har en bra samverkan för då är det ju så, ge och ta, det är det det bygger på." (Ssk, psykiatrisk beroendevård)

Ovanstående citat är ett bra exempel på hur den personliga inställningen påverkar samverkans-gruppens potential. De individuella värderingarna och attityden gentemot såväl målgruppen som samverkan kan vara avgörande för att få den att fungera. Likaså verkar synen på brukarna ha förändrats i och med samverkan, vilket kan ses genom vårdcentralschefens resonemang om att man innan samverkan motade klienter med missbruksproblem på grund av oro för resurserna. Idag framstår det som att denna människosyn har förändrats då vårdcentralchefen, tillika läkaren, vid flera tillfällen blir omnämnd som mycket engagerad i samverkan.

Inom människobehandlande organisationer kan attityden att motarbeta organisationsförändringar annars härstamma ur en rädsla för hur förändringen kommer påverka brukarna (Schmid, 2010). I samverkansgruppen i Götene är det dock ingen som förmedlar sådan oro utan man ser istället en potential till att samarbeta och överkomma de svårigheter som finns vad gäller storlek och resurser inom respektive organisation. Över lag finns en väldigt positiv attityd som ger genomslag vid många olika frågor.

Gruppen anser att de genom samverkan har fått möjlighet att snabbt utbyta information genom att ringa varandra eller ta ett ärende i förbifarten när man ”springer på någon”, vilket möjliggör för bättre vård för brukaren. De har även mer ”verktyg” att använda sig av, tack vare samverkan. Gruppen diskuterar även det positiva med kortare kontaktvägar där man konstaterar att det blir lätt att ringa till respektive enhet, även om man inte ska prata med någon från samverkansgruppen, eftersom man på förhand vet lite om arbetsplatsen, vilka de är och vad de gör. Likaså har samverkan resulterat i att det är lättare att få tillgång till vården när den behövs. Vid till exempel behov av abstinensbehandling kan man ringa beroendemottagningen och prata med samverkansgruppens representant där, som även är koordinator, och planera en inläggning. Det omvända finns också, att när någon ska hem från beroendemottagningen så är det idag lättare att veta vem man skall ringa och planera vården med;

”(...) när man har en person som ska hem, hade man inte vetat nånting om Götene, ja då blir det så svårt med allting, men här har jag... jag vet vem jag ska ringa, jag vet att det finns tillgång till medicintilldelning, jag vet att jag kan få snabb tid till läkare om det behövs, jag vet vad stödteamet gör, jag kan liksom presentera konceptet litegrann för klienten redan på plats, och jag vet vem jag kan ringa och kontakta och jag vet också att man behöver inte alltid ha en vårdplanering på avdelningen, utan man kan lugnt släppa över patienten (...).” (Ssk, psykiatrisk beroendevård)

Kring den somatiska vården konstaterar läkare, som även är verksamhetschef på sin vårdcentral, att mycket av hans uppgift är att skapa social trygghet för sina medarbetare, då detta sedan sprider sig till brukarna.

”Det är första målsättningen för mitt arbete, inte så mycket att jag ska bota eller hjälpa patienter, det är klart att det kommer det också, men det första är att se till att arbetsgruppen känner sig trygg för då vet jag att det kommer ju patienterna till del, det är det som gör att vi kommer i en positiv cirkel.”
(Läkare offentlig VC)

Tryggheten för arbetsgruppen är något som även förmedlas av de övriga deltagarna när de diskuterar att det har blivit lättare för dem att finna rätt kontakter och att ordna rätt vård för brukarna. Det konstateras även att det är till stor hjälp i det dagliga arbetet att man vet hur det fungerar i Götene, man kan förmedla till sina brukare hur vårdkedjan ser ut, vilket stöd som erbjuds och att man vet att det kan bli bra för dem. En av deltagarna förmedlar att det fungerar

så bra i Götene kommun att om hon själv någonsin skulle behöva hjälp, så skulle hon flytta dit;

”ja, så är det. Det har jag sagt många gånger, att skulle jag haft dom här problemen själv så skulle jag flytta till Götene direkt.” (Ssk, psykiatrisk beroendevård)

Samverkansgruppen har således lett till att flera personer upplever sig stärkta i sina respektive arbetssituationer. Dels för att de vet hur vården fungerar och kan förlita sig på att brukarna kommer få rätt hjälp, men även för att de själva får stöd och avlastning via samverkan. Då det är en kategori brukare som beskrivs som tunga att arbeta med, och man i en liten kommun ofta är ensam med ärendena, blir samverkan extra viktig som avlastning och diskussionspartner.

Samverkansgruppen har svårt att se något som skulle vara direkt negativt för brukarna, då de som inte vill vara med i samverkansgruppen helt enkelt inte skriver på sekretessmedgivandet. Representanten från öppenvården säger i den enskilda intervjun att det enda som möjligen skulle vara negativt med samverkan är att den tar tid. Men han konstaterar vidare att det arbetet troligen skulle ta minst lika lång tid på respektive håll annars. Däremot ser fokusgruppen att den täta samverkan mellan deltagarna lett till minskad förskrivning av beroendeframkallande mediciner, brukarna kan inte längre gå från läkare till läkare och få nya recept. Detta skulle vissa brukare kunna se som negativt, men gruppen är överens om att det är en utveckling som i sig är positiv.

Något man dock måste vara vaksam på är sekretess- och integritetsperspektivet. Även om brukarna har skrivit på ett sekretessmedgivande så är det inte tanken att samverkansgruppen skall bli en ”skvallergrupp”, endast det som är relevant för vården skall diskuteras. Medlemmarna är överens om att man nog diskuterar saker i samverkansgruppen som man vid en mindre sammansvetsad kontakt inte hade tagit upp, de anser dock inte att de bryter sekretessen på grund av detta då; ”det är ändå viktigt att bolla för det är mycket finlir vi jobbar med, och bedömningar och så” (Ssk, psykiatrisk beroendevård). Med det menar deltagarna att det ibland är viktigt att diskutera hur man till exempel uppfattat en klient för att få hjälp att tolka och agera i en viss situation. Läkaren från den offentliga vårdcentralen konstaterar dock att det är en balansgång kring att utbyta information och bevara integriteten för brukarna, vilket gruppen även instämmer i. Samtliga är även överens om att de som är i gruppen tänker på vad som är etiskt och är noga med att bevara sin sekretess. Om det funnits någon representant i gruppen som brustit i sitt omdöme vad gäller sekretess och annat så hade det kunnat bli ett problem.

Sammanfattning

Den socialmedicinska samverkan i Götene är ett samarbete som kom till stånd utifrån att såväl kommunen som den offentliga vårdcentralen såg ett allt mer ökande behov av sådana arbetsmetoder. Människobehandlande organisationer måste i dagens samhälle hantera att leva i en konstant turbulent och föränderlig miljö. När organisationerna får en allt högre specialisering ställer det krav på samverkan för att vården skall bli komplett. För vårdcentralen i Götene har det varit en process att ta till sig målgruppen. En process som sträcker sig från att man ursprungligen motade brukarna av rädsla för att resurserna inte skulle räcka och för att man inte hade de rätta kontakterna att slussa brukaren vidare. Till att vårdgivarna tack vare samverkan istället kan möta målgruppen på ett vis som skapar trygghet för brukarna.

Samverkansgruppen i Götene har idag uppnått en hög nivå av samverkan där deltagarna gemensamt diskuterar och planerar klienter och följer upp vården, trots att man brister i att göra de skriftliga vårdplanerna. Samverkan fungerar tack vare att syftet med samverkan har

varit väl förankrat bland deltagarna och man känner att man har såväl kompetens som mandat att agera i de allra flesta fall. De svårigheter som finns rör psykiatrins mandat där deltagarna är beroende av sina respektive enheters teambedömningar, men tack vare bra kontakter medlemmarna emellan blir det oftast inget problem i själva samverkan. Det gäller dock att deltagandet i samverkan är väl förankrat uppåt i organisationen så att deltagandet inte riskerar att prioriteras bort när det till exempel råder resursbrist. Deltagandet från psykiatrin har periodvis varit dåligt, troligen med anledning av bristande resurser.

Av stor vikt för att få samverkan meningsfull har varit deltagandet av en engagerad läkare. Eftersom vårdcentralen och läkaren har ett övergripande ansvar för kommuninvånarnas fysiska hälsa är denna funktion mycket viktig. Den oro man kan känna är vad som händer om det blir personalförändringar på denna tjänst. Även om samverkan har sitt avtal som stöd och de goda personliga relationerna medlemmarna emellan är en trygghetsfaktor, kan det kraftigt påverka samverkan. Denne persons motivation till, såväl som förmåga att, samverka riskerar att bli avgörande.

Den kultur av samverkan som beskrivs i Götene blir en skyddande faktor i den turbulenta organisatoriska miljön. Kommunens samverkan kom till utifrån en ömsesidig syn på behovet om förbättring och effektivisering av arbetet. Det faktum att samverkan regleras i avtal blir en trygghet, särskilt om avtalet får vara en levande produkt som förändras i takt med samverkan. Avtalet är extra viktigt när det blir personalomsättningar, då det kan hjälpa till att förtydliga syftet med samverkan för de som kommer nya. Det är en process att komma in i samverkan och denna process snabbas på om man är positivt inställd till att samverka och känner att syftet med samverkan är väl förankrat.

Det framkommer i fokusgruppen att man i andra kommuner, som saknar samma samverkanskultur och där man "hastat fram" ett avtal utifrån den nyttillkomna lagen, har en sämre förankrad samverkan. Ur ett människobehandlande perspektiv finns det flera förklarings-modeller till organisationernas svårigheter att ta till sig förändrade arbetsätt. Det handlar om en önskan bland de anställda att värna om brukarnas behov, samtidigt som man försöker svara upp emot förväntningarna från samhället vad gäller att följa lagar och regler. Risken finns att förändring motarbetas just för att man försöker bevara stabilitet i organisationen och är orolig för hur förändringen kan påverka brukarna.

Samverkansgruppens önskemål är att sprida kunskaperna om samverkan kring målgruppen vidare för att på så vis öka tryggheten och förståelsen för arbetet till andra delar av organisationerna. En ökad förståelse för brukarnas behov såväl som syftet med samverkan kan bli en förändringsfaktor som motverkar de anställdas oro. Det kan även ge en ökad känsla av trygghet i arbetet.

RESULTAT OCH ANALYS DEL II

Cheferna och samverkan

Sex chefer intervjuades, varav två var helt nya på sina tjänster sedan september 2013. En av dessa nya chefer hade dock flyttat över till sin nuvarande tjänst på öppenvårdspsykiatri från den psykiatriska beroendevården, och var således även på sin förra tjänst chef för en deltagare i den socialmedicinska samverkansgruppen. Tre av de sex intervjuade cheferna var med vid uppstarten av samverkan. Den varierande tid som de varit chefer påverkar självklart deras kunskap om samverkansgruppens arbete och vilken inverkan denna haft på deras respektive enheter. För den chef som började i september och som inte tidigare hade kännedom om gruppen fick intervjun fokusera mer på samverkan som fenomen än den specifika samverkansgruppen i Götene. Att chefen för den offentliga vårdcentralen sitter med i såväl samverkansgruppen som styrgruppen gav honom ett unikt perspektiv.

De chefer som intervjuades var:

- Områdeschef i Götene kommun, socialförvaltningen
- Enhetschef för Götene kommuns psykiatriska stödgrupp
- Enhetschef för Beroendevården (beroendepsykiatri) i Falköping
- Enhetschef för Öppenvårdspsykiatri i Lidköping
- Verksamhetschef för den offentliga vårdcentralen
- VD för den privata vårdcentralen

Samverkansgruppens och avtalets uppkomst

Förändring inom människobehandlande organisationer sker antingen utifrån externa förväntningar eller interna påtryckningar. Organisationerna tvingas ta hänsyn till vilka önskemålen om förändring är och ställa det i relation till den faktiska situation som råder. Här kan det bli problem om det båda bilderna inte stämmer överens (Schmid, 2010). Schmid's modell är dock allt för enkel för att appliceras rakt av på situationen i Götene där man kan konstatera att samverkan uppstod ur chefernas syn på ett allt mer ökande behov av samverkan kring målgruppen. Samverkan var dock under hela processen förankrad hos medarbetarna som var delaktiga i att skapa underlaget för den senare samverkansgruppen. Chefen för den offentliga vårdcentralen, tillika läkaren i fokusgruppen konstaterar angående behovet av samverkan att;

”...det är som jag berättat förra gången att det fanns ett visst intresse från min sida att få den här frågan igång, och driva den och liksom få den på plats med tanke på den röra som fanns i andra kommuner, med tanke på behovet som fanns naturligtvis också.” (Verksamhetschef offentlig VC)

Områdeschefen i Götene konstaterar dels att Götene kommun har en lång tradition av att samverka och att man påbörjade arbetet med avtalet utifrån de Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård som hade kommit några år tidigare. Man tog fasta på rekommendationerna i riktlinjerna som sa att man var tvungen att samverka för att få till den bästa vården för brukarna. Som tidigare nämnts skedde en incident under tiden man planerade avtalet, och mycket tragiskt gick en brukare bort. Det är denna händelse Vd:n på den privata vårdcentralen åsyftar när han säger;

”Ja, kommunen var ju rätt pådrivande i och med att man hade haft en incident med socialstyrelsen, det var ju en ut av orsakerna till att man ville driva på detta.”

Avtalet var dock så gott som klart redan innan Socialstyrelsen samt Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSAN) granskade Socialtjänsten, Närhälsans och Psykiatrins agerande i ärendet. Att avtalet inte hade skrivits på än berodde på Vårdvalet där en ny vårdcentral kom till och man önskade få med även denna i samverkan. Socialstyrelsens och HSANs granskning ledde till ett påpekande om brister i samverkan mellan de nämnda vårdgivarna. När cheferna i Götene meddelade att det fanns ett pågående arbete med avtalet och ett önskemål om att få psykiatrin, som inte var med vid förarbetet, att skriva på, var det något som ansågs mycket positivt från de granskande myndigheterna. Det måste ses som rimligt att denna granskning och att det sammanföll med avtalets färdigställande var en påtryckande faktor för cheferna inom psykiatrin när de fattade beslut om att skriva på.

Möjligen kan man dra en parallell mellan att psykiatrin inte var med vid förarbetet och deras inledningsvis bristande närvaro vid samverkansmötena. Som fokusgruppen tidigare konstaterat så var arbetet med avtalet, och att syftet förankrades och relationerna svetsades samman, avgörande för att samverkan fungerar. Det faller sig naturligt att anta att processen med att komma in i samverkansgruppen och att internalisera syftet tar längre tid för de som inte var med vid förarbetet.

När det kommer till inställningen till samverkan idag är cheferna mycket positiva och ingen av dem tvekar kring huruvida samverkan fyller sitt syfte eller borde fortsätta sin verksamhet. Det ska då sägas att de som intervjuas inte är samma personer som skrev på avtalet, med undantag för vårdcentralschefen och Vd:n för den privata vårdcentralen. Det var de högsta cheferna inom respektive organisation som tecknade avtalet medan intervjuerna är gjorda med de chefer som är närmaste verksamheten. En av cheferna som var med vid förarbetet till avtalet såväl som vid uppstarten konstaterar att;

”Alltså att vi ska fortsätta den här samverkan det ser jag som självklart, att man utvecklar andra samverkansformer det ser jag också som självklart, (...) samverkanspartner, det söker man egentligen hela tiden inom alla områden, dels är Götene kommun en liten kommun vi klarar oss inte själva vi har inte alla resurser, men sedan så blir man ju så oerhört mycket starkare om man jobbar tillsammans.” (Områdeschef Götene kommun)

Han fortsätter med att säga att;

”Samverkansgruppen är (...) en unik möjlighet både ur brukarperspektiv och ett verkställarperspektiv, om jag får kalla det så, (...) att komma till nån form av slutsats till vilken insats en person vill ha eller behöver och sedan kunna verkställa den, alltså man sparar massor med tid, man säkerställer kvalitén, man får med sig brukaren på banan eftersom brukaren själv måste vilja detta om det ska va aktuellt, man minskar riskerna för det här med att gå emellan vårdcentraler för att lösa ut olika tabletter osv men framför allt så jobbar alla åt samma håll, det går fortare och det gagnar individen i sista änden väldigt väldigt mycket mer, man riskerar inte att falla mellan stolarna, det klassiska uttrycket som man som missbrukare har gjort tidigare.” (Områdeschef Götene kommun)

Chefernas inställning till samverkan går att ställa i relation till hur dels Danermark & Kullberg (1999) poängterar en utveckling där samverkan ses som välfärdsstatens nya arbetsform, såväl som en överlevnadsstrategi i en allt mer krävande vårdsektor (Garrow & Hasenfeld 2010). Ett tydligt exempel på detta är när en chef går så långt som att säga att; ”Det finns ju ingen annan väg [än att samverka]” (Enhetschef beroendevården). Chefen för öppenvårdspsykiatrin konstaterar vidare att hon gillar att samverka; ”jag tycker det ger mig en

styrka i min verksamhet, en trygghet när jag möts av komplicerade ärenden.” Hon jämför även med hur det såg ut innan samverkansavtalet i Götene trädde i kraft och konstaterar;

”Det är mycket bättre för vårdtagaren om man tittar innan 2010 då var det nog minimalt med samordning, man visste inte vad den andre gjorde och ”dom gör inte” man skyllde på varandra och så, (...) jag tror att det blir bättre och bättre men det kan bli ännu ännu bättre, så vi har ju liksom inte gått i mål, det gör vi nog aldrig.”

För de flesta chefer krävdes det inga större förändringar för att få till samverkan. Områdeschefen i Götene konstaterar dock att förväntningarna som lades på andra kommunala verksamheter i och med samverkan krävde en del arbete;

”Ja det var stora förändringar fast inte på pappret utan den stora förändringen som pågick under lång tid egentligen det var att, jag vet inte hur jag ska uttrycka mig men att få med personalen från psykiatrin [den kommunala psykiatrin] på att det här är en bra idé och det här är nånting som vi ska göra, (...) den stora förändringen det var ett långsiktigt förändringsarbete i tänket hos personalen.”

Förändring riskerar att orsaka turbulens inom personalgrupper och om inte syftet är tillräckligt väl förankrat kan det vara en grogrund för irritation (Danermark, 2003). Just det här med förankringen i den övriga personalgruppen är något som riskerar att påverka samverkan, vilket även Alborn (2012) konstaterar. Att man då har lagt mycket arbete på att få även arbetsgrupperna införstådda med syftet till samverkan är något som kan vara avgörande för samverkans fortsatta utvecklingsmöjligheter.

Förutsättningar för samverkan

Chefernas inställning till samverkan och hur det är förankrat från ledningen ned till verksamhetsgolvet har diskuterats flera gånger vid det här laget, men omfattar bland annat behovet av att styrgruppen sköter sitt åtagande och träffas regelbundet. Något som bland annat stöds av Danermark (1999 & 2003). Vad gäller behovet av en aktiv ledning som ser till att samverkan är väl förankrad hos medarbetarna säger områdeschefen i Götene;

”Styrgruppen är otroligt viktig för samverkansgruppen för styrgruppen är ändå, som det låter, man ser till att man håller rätt riktning, sen att samverkansgruppen naturligtvis utvecklar sig och kommer på nya och bättre metoder och idéer och så för att förenkla och förbättra sitt arbete, det är självklart men styrgruppen ser ju till att hålla riktningen och att man hela tiden håller sig till det avtalet som är avtalat om.”

Även enhetschefen för öppenvården konstaterar att styrgruppens arbete är viktigt och att hon hoppas på att kunna börja vara delaktig i den frånan och med årsskiftet. Att chefen för öppenvården börjar delta i styrgruppen är mycket positivt, då samverkan med hennes enhet behöver förbättras.

Intresset, som chefen för öppenvården snuddade vid i föregående avsnitt, är något som också är av vikt för en fungerande samverkan, och något som även poängteras av Alborn (2012). Chefen för öppenvården säger vidare;

”Det man ska tänka på när man går in i samverkan är att man skall ha intresserad personal som skall förstå uppdraget och varför vi ska träffas,

syftet, faktiskt. Det är väl dom viktigaste ingredienserna och att chefen skall också vara påläst naturligtvis så att det ska va förankrat.”

Alborn poängterar även att samverkan behöver vara accepterad inom respektive verksamhet såväl som bygga på respekt för de respektive yrkeskunskaperna. Enhetschefen för beroendevården resonerar snarlikt kring hur relationerna mellan deltagarna påverkas av samverkan;

”Jag vet inte om de har gjort det eller får det, det beror på hur öppna man är och hur ärliga man är och *hur* man kommunicerar så att inte nån; ”jag vet bäst” så, och kör över alla andra i den samverkansgruppen, men är alla öppna och ser att alla behövs och att alla är lika viktiga, då tror jag man kan få en kompetensöverföring som gagnar alla givetvis” ”(...) går man in med den inställningen att ”det är bara min kunskap som är den riktiga”, då är man ju illa ute oavsett var man är, men i en sån här samverkansgrupp så är det ju ännu värre, det kan ju va förödande för den gruppen.”

Områdeschefen i Götene resonerar på liknande sätt om den faktiska situationen i gruppen;

”...efter några år tillsammans nu så vet man otroligt mycket mer om varandra och man har en helt annan respekt för varandras olika kompetenser och verksamhetsområde och man träffas ju även i andra sammanhang som jag sa så att det är stor skillnad, skulle jag vilja säga.”

Enhetschefen för kommunens psykiatri konstaterar vidare att; ”Ja, det är ju jätteviktigt vi som går här i kommunen att vi vet hur man jobbar på andra ställen hur man tänker och får perspektiv och det ger ju, det är ju jätteviktigt med helhetsbilden.”

Vid frågan om cheferna hade några tips till andra som vill starta upp en samverkan poängterade enhetschefen för den kommunala psykiatrin vikten av att ha en engagerad distriktsläkare med i samverkansgruppen, något som även underströks vid fokusgruppsdiskussionen. Även verksamhetschefen för den offentliga vårdcentralen, tillika läkaren i samverkansgruppen, poängterade detta återigen i sin enskilda intervju. Även om han inte anser, så som fokusgruppen tidigare gett sken av, att det är personligen knutet till honom, så menar han, precis som Danermark (2004) poängterade i den tidigare forskningen, att funktionen som läkare är oerhört viktig att ha med vid samverkan. Han förtydligar det med att främst socialtjänstens stora oro ofta är hur den fysiska hälsan ser ut för brukarna, och att då ha tillgång till en läkare som kan ge betryggande svar är viktigt;

”många gånger kan man ju då förhoppningsvis tala om att det är nog ingen fara, men, ja, att rent medicinsk ge den tryggheten kring medarbetarna det är, för då vågar man göra saker och ting, då vågar man ta ansvar, så det håller jag med om att den medicinska funktionen är väldigt viktig i den här gruppen och det ska finnas med en rutinerad eller en erfaren distriktsläkare.”

Vad man kan känna en oro för är hur samverkan påverkas av förändringar i den så viktig funktion. Om det sker personalförändringar på tjänsten så måste det anses viktigt att den person som efterträder har ett likvärdigt engagemang kring samverkan, såväl som en förmåga till att samarbeta med de andra yrkeskategorierna.

Förutsättningar på organisationsnivå

Chefernas positiva attityder är en viktig faktor för en fungerande samverkan. Vikten av att ledningen tar sitt ansvar är något som redan har påpekats flera gånger. Samverkan skall även

vara baserad på formella beslut som redogör för det ekonomiska ansvaret (SOU 2011:35) vilket även chefen för beroendevården konstaterar;

”Ja alltså pengafrågan den är ju alltså så ”det ska ju ni betala” eller, så. Det är ju ett ständigt orosmoment och kan man få ned det på ett avtal så man slipper träta om det då har man ju kommit en bit på vägen redan.”

Samtidigt poängterar han vikten av att låta avtalet vara ”levande” och inte bara en pappersprodukt som blir sittande i en pärm;

”Det är ju många som är med (...) kring samma brukare då och då måste man ha ett avtal som reglerar samverkan. Alltså vilket ansvar är mitt, vilket ansvar är ditt, och här är ju tre, fyra kanske inblandande, och det blir svårt om man inte har ett samverkansavtal så att det blir klart och tydligt (...) och speciellt när det byter personer och sånt här, det går ju ann när det är samma person men det, när som jag kommer ny hur funkar detta, då är det jättebra att kunna läsa och se att; så här ska vi jobba.”

I fokusgruppsintervjun fördes åsikten fram om vikten av att göra ett bra förarbete med till exempel avtalet, innan man började samverka. Man poängterade vikten av att syftet med samverkan var väl förankrat hos alla parter. Denna åsikt får stöd av några av cheferna som menar att det är viktigt att;

”...låta det ta tid och göra det själv, inte försöka kopiera andra, det är klart man kan titta på hur andra har gjort, det är självklart men man får ändå titta på hur det ser ut i ens eget närområde så att säga, vilka aktörer som finns osv och låta det ta tid, inte hasta fram nånting.” (Områdeschef Götene kommun)

”det går inte bara att säga att; nu ska vi göra det här, nu ska vi ta den här modellen, nu gör vi det vi också, och du och du och du ska vara med; (...)Det går naturligtvis inte va, utan jag tror att ett sånt arbete måste, det tog ju ganska lång tid (...) innan vi kom till skott, givetvis var det ju också det här uppehållet pga av Vårdvalet och tillkomsten av en vårdcentral som vi sa stopp men den viktigaste grundplåten lades ju ändå egentligen i diskussionerna med arbetsgruppen som skulle snickra ihop ett avtal som skulle liksom diskutera; hur ska vi göra, hur ska vi jobba, vad behöver vi för resurser, vad behöver vi för utbildning, det värktes fram undan för undan va och det är ju, man måste ju starta den här processen nånstans från grunden alltså.” (Verksamhetschef, offentlig VC)

Vd:n för den privata vårdcentralen är dock av en rakt motsatt mening och säger att man inte ska ”hålla på och skapa nya hjul hela tiden” utan se till de befintliga, fungerande avtal som finns och göra bruk av dem. Han menar vidare att man bör; ”fokusera istället på styrgrupp och samverkansgruppen, att det blir verkstad utav det.” Även enhetschefen för den psykiatriska beroendevården menar att man kan dra nytta av existerande avtal, även om de behöver anpassas efter lokala villkor men använder en snarlik formulering när han säger att man bör; ”göra som, det som fungerar att använda det, inte uppfinna hjulet en gång till.”

Vd:n för den privata vårdcentralen sticker ut med sina åsikter även på lite andra områden. Medan samtliga övriga chefer som intervjuats har uttryckt en nöjdhet med samverkansgruppen i dess befintliga form, menar denna chef att han gärna vill se en utveckling av den, främst för att åstadkomma en effektivisering. Han menar att man skulle kunna integrera trepartssamarbetet för personer med enbart psykiska problem i den

socialmedicinska samverkansgruppen och säger; ”När dom ändå är samlade då är det bättre att köra igenom och jag tror inte varje individärende tar speciellt lång tid och då skulle det komma upp på bordet.” Han fortsätter med att;

”det vore ett sätt att öka volymen i den gruppen. Eftersom på ett år kan det va en 11-12 stycken [brukar som planerats] alltså och då sitter man och träffas var 14e dag, det är rätt så mycket attention på rätt så få människor och då menar... då kan man putta in fler.”

I detta argument har man i sammanhanget helt missat att tre av de fyra representanter som är med från kommunen arbetar uteslutande med missbruksfrågor, likaså gör sjuksköterskan från beroendemottagningen. Det är möjligt att Vd:n för den privata vårdcentralen utgår ifrån hur arbetet är organiserat för hans medarbetare, som i egenskap av psykiatrisköterska arbetar med såväl personer med psykiska funktionshinder som de med missbruks- och beroendeproblem. Men faktum är att halva samverkansgruppen arbetar uteslutande med missbruksfrågor. Att då föra in en ny patientgrupp som inte berör halva samverkansgruppen, men ändå mena att dessa personer skall sitta med och lyssna på planeringen, anser jag vara en tankevrupa. Om inte annat för att man alltid skall sträva efter att så få människor som möjligt sitter med och lyssnar när sekretessbelagda uppgifter diskuteras.

Denne chefs tankar om en utökning av samverkan är även kopplade till hans åsikt om hur det är på olika typer av möten över lag;

”generellt alla den här typen utav möten, det är ju inte så mycket verkstad (...).Ja, om man jämför med övrigt näringsliv ja. Det är mycket bubbel (...) då är det ju ändå, då har man ju konkreta patientfall [i samverkansgruppen] och då är det ju ändå lite mer verkstad, men generellt så är det ju mycket ord.”

Tankarna om att ”det är för lite verkstad” verkar vara kopplade till Vd:ns önskemål om att verksamheten skall bli så kostnadseffektiv som möjligt, något som troligen går att se i ljuset av att han är chef för en vinstdrivande verksamhet. Däremot kan man ställa hans reflektioner i relation till att det är människobehandlande organisationer det gäller. Som, till skillnad från till exempel industrin, har levande människor som sitt ”råmaterial”. Att det dessutom handlar om människor med särskilda behov ger arbetet en extra dimension. Av de faktorer som en organisation kan försöka förändra är det mänskliga agerandet det som är svårast att såväl förutse som påverka (Schmid, 2010).

Vd:n för den privata vårdcentralen är den enda av cheferna som pratar om faktiska kronor och ören när det kommer till kostnaden för samverkansgruppen; ”Jag har ju försökt att få dom till att tänka att det kostar, om vi schablonmässigt säger 500:- (...) per individ, kostar det ju en 3-4000 i timmen” Men precis som samtliga andra chefer menar han att i långa loppen så sparar samverkansgruppen pengar för de respektive verksamheterna. Även andra chefer lyfter dock såväl kostnaden som vinsterna med samverkan;

”Det kostar ju, initialt kostar det mer att samverka, så är det. Sen hoppas ju att man vinner ett minskat antal vårdtillfällen och i och med det sparar vi ju pengar. Och sen alltså, brukaren, eller vad ska en... samhällsnyttan eller vad ska man säga, samhället kan ju spara oerhört mycket pengar om vi kan få en nykter, eller en drogfri person.” (Enhetschef beroendevården)

Områdeschefen i Götene kommun uttrycker sig snarlikt;

”Jag kan inte tänka mig att det är annat än en besparing, nu har vi inte gjort nån socioekonomisk beräkning på detta men det finns inga möjligheter att

det har kostat mer än vad vi har sparat på det, jag kan inte tänka mig det, sen kan man ju inte, för jag antar att du menar i kronor och ören nu för det rent mänskliga det går ju inte att mäta så, men i pengar så kan man inte förlora på att jobba på det här sättet.”

Mandat

Andra förutsättningar för en fungerande samverkan som cheferna för fram är behovet av att ge sina respektive medarbetare mandat. Samtliga chefer uppger att de ger sina medarbetare fullt mandat i samverkansgruppen. Verksamhetschefen för den offentliga vårdcentralen sticker självklart ut då han är ”sin egen representant” och därför aldrig behöver fundera över mandatfrågan. Områdeschefen i Götene kommenterar vilket mandat som getts med;

”Alltså samverkansgruppen är ju, det är ju våran spjutspets, det är ju frontlinjen, det är ju det mest professionella vi har vad gäller att arbeta gentemot den här gruppen och de har ju fullt mandat att göra det som dom är bäst på.”

Ovanstående citat går att koppla till fokusgruppsintervjun där deltagarna resonerade om att de ansåg att diskussionerna i samverkansgruppen påverkade besluten som fattades på respektive enhet. Denna diskussion stämmer väl överens med områdeschefens mening att samverkansgruppen är de som har högst kompetens på ämnesområdet. Vad som framstår som väldigt positivt är att denna kompetens får möjlighet att ge avtryck även i ordinarie verksamhet. Det tyder på att samverkansgruppens arbete är väl förankrat i övriga delar av organisationen.

Områdeschefen i Götene fortsätter dock sitt resonemang kring hur han tror mandatet ser ut från de övriga verksamheterna;

”Alltså jag tror ju att primärvården har också fullt mandat däremot så tror jag ju inte man har det från psykiatrin i regionen då och det märks väl om inte annat som jag förstår det på representationen och närvaron och så ifrån öppenvårdsmottagningen, man har inte alltid varit där och man har egentligen inget mandat att säga varken bu eller bä många gånger så att jag tror att från kommun och primärvård har man mycket större mandat än vad man har från öppenvårdsmottagningen och slutenvården [beroendevården]. (...) nu kan det hända att jag har fel och det här är bara en tanke jag har men det känns som att dom tar det inte på riktigt lika stort allvar som vi gör, så känns det men det kan hända att jag har fel.”

Mandatet från psykiatrins sida, samt att öppenvårdpsykiatrin har haft en hög frånvaro är något som även diskuterades av fokusgruppen. Deras diskussion stämmer väl överens med hur enhetschefen för den kommunala psykiatrin resonerar;

”(...)det är ju det här med att få diagnoser, utredningar och behandlingar som är svåra då att ändå hjälpa oss lättare med det än då att vi ska sitta så mycket i telefon och tjata och försöka, (...) men det är ju den organisationen dom har liksom, dom har ju inte, dom jobbar ju så, är det akut så söker man akut men man tycker ändå att man skulle kunna utfört mycket utan att det skulle, när man själv känner att det här kan nog bli akut så vill man ju göra nåt före.”

Enhetschefen är även sjuksköterska och arbetar regelbundet med att försöka ordna vård för brukarna. Hennes reflektioner handlar om svårigheterna att få kontakt med och hjälp från öppenvårdpsykiatrin när brukarna behöver det. Dessa reflektioner blir intressanta att ställa i

relation till de tankar om mandat som chefen för öppenvårdspsykiatri för fram. Hon beskriver vad som är nödvändigt för att få till en fungerande samverkan på följande sätt;

”Det handlar om ett eget engagemang och om hur jag ser på samverkan, så att jag smittar mina medarbetare med att va aktiva i dom här grupperna och ger dom möjligheter också och mandat att vid sittande bord kunna besluta om ganska viktiga frågor, att de känner sig trygga med det.”

Hon fortsätter med att säga att hon ger dem, så långt det är möjligt, mandat att agera, då det alltid legat i hennes intresse att de som kommer till ett möte skall kunna vara med och fatta beslut. Hon säger dock samtidigt att; ”Allt kan jag inte delegera tyvärr hur mycket jag än vill” och åsyftar behovet som finns i samverkansgruppen av att kunna fatta snabba beslut om komplicerade och kanske dyra vårdfrågor;

”det bästa är ju naturligtvis om man som chefsperson kan sitta med också! Om man kan göra såna instick då när det är viktiga frågor så att dom kan känna sig trygga och kan få ett beslut vid sittande bord.”

Vid frågan om ifall en sådan närvaro skulle vara möjligt avslutar hon med; ”Det måste bli möjligt om vi ska hjälpa den här gruppen som faktiskt konsumerar väldigt väldigt mycket åtaganden från alla parter, så det är en prioriteringssak som jag ser det.”

Svårigheter och utvecklingspotential

Som precis redovisats är samtliga chefer överens om nyttan med den socialmedicinska samverkansgruppen i Götene. Graden av nöjdhet varierar visserligen något; från att man anser att det fungerar som den ska, till att den är ett föredöme för andra kommuner att ta efter. Endast en chef diskuterar kring behovet av att samverkansgruppen följs upp bättre. Vd:n för den privata vårdcentralen diskuterar även här kring den ekonomiska aspekten av samverkan och säger;

”(...) jag tycker vi kunde ha bättre uppföljning på det om jag säger så (...) det tycker jag, alltså resultatet, hur många är det? Hur många omsätter vi, det är ju sådana frågor som är viktiga, tycker jag då.”

”Men, det är väl det måttet på... jag har lite svårt att ta på hur framgångsrika är insatserna.”

Även här kan man ställa hans uttalande i relation till människobehandlande teori som konstaterar det svåra i att utvärdera verksamheter med människor som ”råmaterial” (Bohlin, 2009).

De svårigheter som har diskuterats har annars i huvudsak gällt resursbrister och främst psykiatriens svårigheter att ha mandat till att fatta beslut vid sittande bord. Att det finns brister inom psykiatri är något som enhetscheferna för respektive verksamhet verkar väl införstådda med. Enhetschefen för beroendevården konstaterar angående öppenvårdspsykiatriens arbete att; ”kunskapen hos dom, med beroendepatienter, eller viljan att arbeta med beroendepatienter är väldigt varierad beroende på person som är där” samt att;

”öppenvårdsmottagningen i Lidköping, öppenvårdsmottagningen i Mariestad inte riktigt tar bollen vad gäller missbruksvård, för att dom jobbar med det för sällan eller för att dom inte riktigt vet hur man ska göra eller vad det nu kan va och inte har den här naturliga samverkan med socialtjänsten.”

En utvecklingspotential kan ses här vad gäller fokusgruppens tankar om att gå vidare i sitt samarbete genom att sprida kunskaperna om missbruks- och beroendefrågor ut till sina

respektive arbetsplatser. Man kan dock konstatera att öppenvårdsmottagningen arbetar med personer som har psykiska problem och flera gånger i denna studie har deras bristande resurser påpekats. Tidigare i kapitlet har även redovisats hur flera verksamheter motat personer med missbruksproblem och utifrån ett människobehandlande perspektiv är inte detta svårt att förstå. När medarbetarna skall försöka göra det bästa för sina brukare, med de begränsade resurser man har, blir benägenheten att öppna upp för ytterligare kategorier av brukare begränsad. Dessutom riskerar det att bli en moralisk fråga då åsikten att en person som missbrukar själv har försatt sig i situationen inte är ovanlig (Linde & Svensson, 2013).

Således kan man konstatera att det inte bara krävs kunskaper inom arbetsområdet, det måste även finnas resurser för medarbetarna, samt kontaktvägar som gör att de vet vart de skall vända sig när de stöter på problem som de själva inte har redskap nog att hantera. Det krävs även att det finns en vilja att arbeta med målgruppen.

Med anledning av svårigheterna inom öppenvård psykiatri, berättar enhetschefen för den psykiatriska beroendevården, har man påbörjat en översyn med syfte att se om det finns möjlighet att skapa en mottagning för öppenvård psykiatri i Falköping, dit samtliga kommuner skulle kunna vända sig för hjälp med frågor som rör missbruk och beroende. På så vis skulle kommunerna kunna ringa denna beroendemottagning och få den stöd och hjälp de idag är hänvisade till de psykiatriska öppenvårdsmottagningarna för.

Enhetschefen för den psykiatriska öppenvården är på inget vis främmande för de svårigheter som finns och säger, angående relationen mellan öppenvården och beroendevården att: ”Öppenvården och slutenvården [beroendevården] måste prata oss mer samman och jobba oss mer samman också och va samstämmiga. Där finns det mycket att jobba [med].”

Den utvecklingspotential som i övrigt diskuteras av cheferna gäller, såsom tidigare sagts av samverkansgruppen, behovet av att bättre integrera brukarna. Men det är verksamhetschefen för den offentliga vårdcentralen som återigen för fram tankarna om att komplettera samverkansgruppen med möjligheten till nätverksmöten. Han nämner även planerna som fanns vid samverkansgruppens start om en socialmedicinsk samverkansmottagning i Götene, där professionell personal skulle samlas på bestämda tider för att möjliggöra för brukaren att själv söka hjälp. Någon sådan mottagning blev aldrig av, främst av resursmässiga skäl, men chefen för den offentliga vårdcentralen resonerar kring att han inte egentligen kan se att det behovet finns;

”(...) den diskussionen har ju slocknat på nåt sätt, det fanns inga lokaler och kommunen ville ju inte satsa dom pengarna heller. Och jag var väl från början väldigt tveksam till en sån modell men ändå även utan lokaler har vi blivit en väldigt bra sammansvetsad grupp och man känner att man är aldrig långt bort på nåt sätt utan har man tillgång till varandras mobil så, ja det fungerar ju bra ändå utan att man sitter och häckar i ett eget personalrum så att säga.”

Tvärt emot diskuteras då istället enhetschefen för den psykiatriska öppenvården som ser ett utvecklingsområde med potential för samverkan, att samla resurserna under ett tak;

”jag hoppas att vi är redo strax att gå in i att försöka på lite olika kommuner här i Skaraborg på detta, och det kanske vore lite häftigt om man kunde få börja här (...) i Götene, för det vore ju lite häftigt att få ha ett sånt pilotprojekt för att vi vet att, och forskningen säger ju att det är de bästa effekterna. (...) Ja, en samverkansmottagning där vi har alla dom här aktörerna och kanske till och med också frivården som kommer till här. När man läser i litteraturen så skriver man ju väldigt mycket gott om sån

verksamhet och på de konferenser och seminarier jag vart på så ha det gett mycket aha-upplevelser, hur skulle vi kunna få till detta i Skaraborg?"

Den enda risk kring samverkan som diskuteras förs fram av verksamhetschefen för den offentliga vårdcentralen som konstaterar att hans funktion som läkare i gruppen har kommit att bli väldigt viktig, vilket även påpekats i såväl den tidigare forskningen som här i kapitlet och av fokusgruppen. Likaså är det han som hanterar de brukare från samverkansgruppen som behöver insatser från vårdcentralen. Det gör det hela känsligt, då funktionen och vården blir avhängigt en enda person och när han till exempel är ledig kan man uppleva en viss sårbarhet. Som tidigare poängterats är det relevant att fundera på vad som händer om eller när han slutar?

Verksamhetschefen resonerar även en del kring behovet av att kunna arbeta med tidig upptäckt och förebyggande insatser för personer med missbruks- eller beroendeproblem. Vårdcentralen har egentligen ett uppdrag att screena för alkoholproblem, något som även nämns i samverkansavtalet. Chefen resonerar kring att man egentligen borde arbeta mer preventivt än man gör men att det inte är möjligt med anledning av bristande resurser;

"För att då, förutom att man kan ha ett enskilt samtal och det har en viss betydelse att man som doktor säger att "jag tycker att du dricker lite för mycket, det här är för hög konsumtion, det är på sikt inte bra för ditt blodtryck" och så där, några procent nappar på det och kanske temporärt ändrar sitt beteende va men man upptäckte också många som hade andra problem som drack för att dom hade ångest eller dom hade psykosociala problem och dom kunde vi inte hantera för vi hade ju inga resurser, inga sacionomer som kunde sitta med."

Det handlade alltså inte om att behovet av insatsen inte fanns;

"det vart plötsligt så många, det vart så synligt va. (...) Nej, det finns inga resurser att hantera det, man brukar säga att i ett väntrum på en vårdcentral att om det sitter 10 patienter så är det fyra som har psykiska problem egentligen men söker då för att dom är andfådda eller har ont i bröstet eller ont i magen och söker för nånting annat då men egentligen så är deras problem av en helt annan art och, ja men vi har ju, om vi säger att vi har 30 anställda så har vi kanske 1 eller 2 som jobbar med psykisk hälsa och då förstår man att egentligen borde det vara hälften av personalen eller kanske ännu mer som hade dom kompetenserna istället för att vara läkare eller sjuksköterska då skulle det liksom matcha mot dom behoven som finna va, men det gör det inte."

Med andra ord kan man säga att resursfrågan är något som genomsyrar samtliga verksamheter. Samverkan har blivit ett sätt att försöka göra det bästa av det man har, men det är uppenbart att det saknas resurser på många områden.

Vd:n för den privata vårdcentralen resonerar kring resurserna utifrån det ökande kravet på samverkan. Han konstaterar att det blir en allt mer kostsam fråga för vårdcentralen;

"...nu är det ju en lag detta här, från första juli att det ska va men det är ju återigen då så är det pålager på redan befintlig verksamhet att för våran del så kommer ju vi va aktiverade på 8 ställen med den här typen av frågeställningar och det syns ingenting, om vi tar 2014 så är det inte nån justering utav ersättningen, ingen uppräknig över huvud taget."

Resursbristen blir ett genomgående tema i såväl fokusgruppsintervjun som bland cheferna. Samverkan kräver, så som tidigare poängterats, tillräckligt med resurser. Det tar en del extra tid att samverka och tid är ändå räknat i människors lönekostnader. För att nå brukare med missbruksproblem i ett tidigt stadium är det dessutom uppenbart nödvändigt med möjlighet till screening och preventivt arbete, något som vårdcentralen till stor del blir pålagda att utföra. Finns inte resurserna blir det dock naturligt att de som arbetar inom de människobehandlande organisationerna prioriterar sin befintliga målgrupp, och inte ser någon möjlighet i att utvidga detta till att omfatta en ny och stundvis krävande kategori av brukare. Man kan dessutom reflektera över vad Danermark (2004) beskriver när han säger att om man fångar upp fler personer, till exempel genom tidiga preventiva insatser, så riskerar det att ge en ökande kostnad för organisationen. Samtidigt kan man anta att om brukarna fångas upp tidigt i "missbruks-karriären" och man förhindrar ett långvarigt, och resurskrävande, missbruk så kan det spara pengar på lång sikt.

Nivåer av samverkan

Flera av cheferna menar att tack vare samverkan har synen på målgruppen förändrats och att man idag inte ser samma problem som tidigare. En av cheferna, som har varit med och startat upp samverkan, konstaterar att gruppprocessen har lett till en ökad samsyn och gemensamma perspektiv för samverkansgruppen. Medan det till en början var mycket introduktion av brukarnas situation och att diskutera planeringen handlar det i dagsläget mer om att följa upp brukarna och att hitta förbättringar när man ser att det inte fungerar kring med en viss planering; "vi [har] blivit en väldigt bra sammansvetsad grupp och man känner att man är aldrig långt bort på nåt sätt" (Verksamhetschef offentlig VC).

Chefen för öppenvård psykiatri beskriver att man i Götene samverkan har hittat bra arbetsmetoder för brukarna. Man har även hållit kvar själva huvuduppgiften i uppdraget, vilket inte har skett i andra kommuner med liknande samverkansformer. Hon säger vidare att;

"Samverkansgruppen i Götene har ett högt renommé, man har kommit väldigt väldigt långt där, (...) det jag tycker är intressant är ju att man har verkligen klienten i fokus och att den är sömlös, den samverkan som bedrivs där, man har hög kompetens i gruppen."

Hon menar att gruppen arbetar utan allt för starka gränser gentemot varandra, något som kan förklaras med Westrins (1986b) modell av samverkansnivåer. Att samverkansgruppen arbetar så bra tillsammans och att de med en självklarhet fördelar ärenden och ansvar för brukarna är, som tidigare redovisats, ett tecken på att de har en hög nivå av *kollaboration* och delvis *integrering*. Man kan även ställa samverkansnivån i Götene mot Lindbergs (2009) modell som förklarar orsaken till samverkan. I Götene har samverkan gett en *stabilitet* åt verksamheterna, genom att man hittat bra arbetsmetoder och samverkar "sömlöst". Samverkan har även skapat en *legitimitet* gentemot såväl övriga verksamheter som andra organisationer. Man kan säga att samverkansgruppen på ett positivt sätt har påverkat Götene rykte och image.

Resultat för brukarna

Som konstaterats i fokusgruppen har det tidigare funnits ett problem där personer med missbruksproblem har motats från olika instanser, något som vårdcentralschefen konstaterade redan i fokusgruppsintervjun. I den enskilda intervjun säger han även;

”...med tanke på behovet som fanns naturligtvis också, för att det här handlade om en grupp människor som vi helst inte ville befatta oss med ifrån vårdcentralens sida och så är det litegranna i sjukvården att missbruket och beroendesjukdomar, det får någon annan ta, det får kommunen ta eller det får psykiatrin ta.” (Verksamhetschef offentlig VC)

Verksamhetschefens ord kan sättas i relation till Lofströms (2010b) tankar om att man genom samverkan får möjlighet ge ett bättre bemötande till brukarna. Områdeschefen från kommunen gör en liknande reflektion;

”...för så är det ju alltså, missbrukare är ju en klientgrupp som andra vårdgivare knappt har velat ta i med tång ens och hade kommunen inte varit tvungen att göra det så vet jag inte om vi hade velat göra det heller, men i och med att samverkansavtalet blev till och samverkanens gruppens arbete kom igång och det blev så bra så har statusen på missbruksarbetet höjts.”

Verksamhetschefen för den offentliga vårdcentralen konstaterar vidare att beroendemottagningen på sjukhuset i Falköping har blivit mer aktiv nu, jämfört med vid samverkanens gruppens uppstart. Mottagningen har varit en viktig samverkanspart då de visat stort engagemang och haft mycket kunskap och erfarenhet som kommit gruppen till nytta. Tack vare det har samverkan förbättrats och man har kunnat göra helhetslösningar kring de brukare som varit extra vårdkrävande;

”Ja, jag kan, jag har ju, jag har ju direkt två personer i den här missbruksgrupper, bland dom patienter som jag direkt tycker nog kan säga att hade inte dom fångats in så hade det gått väldigt illa.” (Verksamhetschef offentlig VC)

En annan chef instämmer och säger att samverkan har utvecklats till att spara tid för arbetet såväl som säkerställa kvalitén för brukarna: ”Det har skett en utveckling men ja det har det väl gjorts på så vis att man har reviderat sitt material man har tydligare rutiner man har en tydligare ärendegång” (Områdeschef Götene kommun). Samma chef resonerar även kring hur samverkan har påverkat synen på att arbeta med målgruppen och med missbruksproblem i stort:

”Men sen så tycker jag att det dagliga arbetet har påverkats också i den grad att nu är missbruksarbetet en naturlig del av det man ska göra inom socialtjänst och psykiatrin, i kommunen pratar jag nu, och man är stolta över det här, över sin samverkanens grupp, man förstår att man har gjort skillnad för dom här människorna så att man har en stolthet och jag tycker att det lyser igenom jämt egentligen.” (Områdeschef Götene kommun)

Flera andra chefer berättar att de anser att samverkan har lett till bättre rutiner, bättre samordning och högre kvalitet på vården. Man klarar av att samverkan kring svårare frågor idag. Det finns en förhoppning om att samverkan leder till förkortade vårdtider då man kan lösa mer av problemen på hemmaplan. Alla cheferna är överens om att samverkan leder till att man erbjuder brukarna bättre vård och ett bättre liv;

”Alltså, det specifika är att alla jobbar åt samma håll, att man jobbar målinriktat och att, att man gör, eftersom alla jobbar med samma sak och har samma plan, man följer samma plan, så blir det betydligt, betydligt rättssäkrare och säkrare ur en medicinsk synvinkel och allting så det finns

bara positiva effekter där och som sagt man kan räkna upp hur många som helst.” (Områdeschef Götene kommun)

De positiva effekterna är således många och kommer brukarna till de via olika nivåer. Framför allt för att resurserna är samlade och de slipper gå mellan vårdgivare och ”rapportera” till flera olika instanser, precis som Löfström (2001) konstaterar gör samverkan också att man kan förhindra att brukaren ”faller mellan stolarna”.

Sammanfattning

Precis som fokusgruppen konstaterar cheferna att samverkan i Götene kom till stånd utifrån att kommunen och primärvården såg ett allt större behov av sådana resurser. Arbetet med att upprätta samverkan inleddes utifrån de interna förväntningar cheferna hade på medarbetarna om att finna nya vägar att hjälpa målgruppen. Man kan dock konstatera att medarbetarna inom kommunen var delaktiga i att utforma samverkan, något som ledde till en bra förankring av dess syfte.

En parallell kan här dras med psykiatrin som varken på chefsnivå eller verksamhetsnivå var involverade i att arbeta fram avtalet. De kom med först på slutet av processen, något som kan vara en förklaring till psykiatrins inledningsvis dåliga närvaro i samverkansgruppen. Att syftet med samverkan har blivit allt mer förankrat bland medarbetarna kan illustreras med att närvaron förbättrats markant från framförallt beroendevårdens sida.

Andra faktorer som påverkar samverkan är chefernas intresse för och inställning till den. Cheferna beskriver det som en överlevnadsstrategi och en nödvändighet att samverka, men för de allra flesta är samverkan även en positiv resurs och källa till mycket kunskap och kompetens. Styrgruppens arbete är värt att belysa då de har som uppgift att hålla samverkansgruppen ”på rätt spår”. Att samverkan baseras på formella beslut, med tydliga avtal och mandat till samverkansdeltagarna är avgörande.

Cheferna ser samverkan som viktig och värd att prioritera vilket är en faktor som påverkar om medlemmarna skall kunna delta eller ej, särskilt när de kommer från verksamheter som kämpar med resursbrist och ständigt måste balansera olika behov inom organisationen. Här kan man se en positiv utveckling i och med den nya chefen för öppenvård psykiatrin, som öppnar upp för en ökad delaktighet från deras sida. Dels vad gäller hennes närvaro i styrgruppen men även för möjligheten att hon själv kan adjungeras in i samverkansgruppen vid behov av snabba beslut.

Förändring inom en organisation riskerar att orsaka turbulens inom verksamheten, och om syftet med samverkan inte är förankrat hos övriga delar av organisationen kan det bli ett problem. I Götene har energi behövt läggas på att förankra syftet med samverkan även i övriga kommunala verksamheter. Det faktum att man prioriterat detta är värt att belysa då samverkan riskerar att falla om den inte har mandat från såväl chefsnivå som övrig delar av organisationen. Detta kan ställas i relation till samverkansgruppens önskemål om att sprida kunskaperna om missbruksfrågor och samverkan vidare ut till sina respektive verksamheter. En insats som kan ha stor genomslagskraft för samverkan även i andra kommuner.

Resurser är en faktor som cheferna diskuterar vid flertalet tillfällen. I relation till psykiatrin blir det en relevant diskussion då resursbrist i kombination med de anställdas bristande mandat gör att verksamheten inte kan fungera fullt ut. Resursbristen påverkar även vårdcentralens möjlighet till att arbeta med tidig upptäckt, genom screening och kort rådgivning. Samtidigt kan sådana insatser ge ökade kostnader då man troligen identifierar fler personer i behov av stöd.

Problemet med ökade kostnader är även en faktor som påverkar den privata vårdcentralens möjligheter till samverkan. De har ett krav på sig att samverka i samtliga kommuner där de

har vårdcentraler men de får ingen uppräknig av ersättning för detta arbete. Den privata vård-centralen är även den organisation i samverkan som är vinstdrivande vilket gör avtryck i svaren från denna chef. Önskemålen om att effektivisera arbetet och föra in andra kategorier av brukarna kommer i konflikt med behovet av att i möjligaste mån jobba inom sekretesskyddet. Det krockar även med det faktum att man arbetar med en grupp utsatta brukare som med sin komplexa problematik och vårdbehov ofta motstår förändringsarbete.

Resursbristen är dock viktig att belysa. När människobehandlande organisationer måste prioritera sina resurser bland olika kategorier av behövande blir nya målgrupper, eller grupper med en moraliskt tvivelaktig problematik, svåra att släppa in. Då missbrukare anses av många ha en egen förskyllan till sin situation är de en kategori som ofta har motats. För att öka motivationen att arbeta med denna målgrupp måste man således ha såväl tillräckligt med resurser, som kunskap om målgruppens behov, möjliga behandlingsalternativ och vägar att slussa dem vidare.

Slutanalys

Samverkansgruppen och cheferna är genomgående överens om att samverkan har utvecklats till en väl fungerande verksamhet med en hög nivå av samverkan. De skillnader som framträder mellan gruppdiskussionen och chefernas intervjuer handlar mer om från vilken nivå man betraktar samverkan. Gruppen diskuterar, naturligt nog, situationen utifrån ett verksamhetsnära perspektiv medan chefernas tankegångar mer rör sig runt de administrativa processerna.

En viktig faktor som framkommer i studien är hur verksamheter tidigare motade brukare med missbruksproblem, av okunskap såväl som resursbrist. Dessa hinder finns fortfarande kvar i vissa verksamheter och är något som måste bearbetas om vården för personer med missbruks- och beroendeproblem skall förbättras. Det är naturligt att en verksamhet prioriterar sina åtaganden utifrån tillgängliga resurser. Det är dock viktigt att man inte låter vare sig resurser eller en allt för starkt moraliserade praktik styra arbetet och påverka människors rätt till vård.

Förutsättningarna för att få till en fungerande samverkan har diskuterats utförligt i denna studie. Det man kan konstatera är att samverkansgruppen i Götene illustrerar flera av dessa förutsättningar. Bland annat kan man säga att förankringen hos ledningen är god samt att det finns fungerande avtal som reglerar arbetsuppgifterna och vem som ansvarar för respektive kostnader. Från samverkansgruppen såväl som cheferna kommer uppgifter om att gruppens arbete är meningsfullt, att man ser ett gott syfte med att träffas och att samverkansgruppen besitter en hög kompetens.

Behovet av en aktiv styrgrupp poängteras av samverkansgruppen, men några av cheferna menar att gruppen sköter sig bra på egen hand och inte behöver deras tillsyn. Styrgruppen har inte genomfört sina möten så som avtalet föreskriver, trots det har samverkansgruppen kunnat hålla sina rutiner. Man kan se det som att styrgruppen är viktig för att hålla samverkansgruppen i "rätt riktning", men att det samtidigt är positivt att man överlåter åt gruppen att utforma verksamheten så som de finner bäst. Det är trots allt de som besitter den högsta kompetensen inom missbruksområdet.

De hinder som har funnits för samverkan beskrivs på liknande sätt av både samverkansgruppen och cheferna och gäller deltagandet från psykiatrin. Psykiatrins båda enheter var inte med vid förarbetet till avtalet, de kom till först på slutet, i samband med granskningen som genomfördes av Socialstyrelsen och HSAN. Det är rimligt att tro att denna granskning var en påtryckande faktor för att få de båda enheterna att skriva på avtalet. Kommunen och den offentliga vårdcentralen beskriver hur deras motiv till att samverka växte fram ur en tanke om att möta vårdbehovet såväl som att förbättra vården för brukarna. Utifrån dessa tankegångar

kan man dra en parallell till psykiatrins inledningsvis bristande närvaro i samverkansgruppen. Om cheferna från psykiatrin inte internaliserat syftet med samverkan och inte kunde förmedla det nedåt i ledet, eller om medarbetarna inte såg samverkan som meningsfull, kan det vara en förklaring till såväl öppenvården som beroendevårdens bristande närvaro. Här kan man se tydliga förbättringar både jämfört med hur det såg ut när samverkan startade såväl som under de senaste månaderna.

En möjlighet är att själva genomförandet av den här studien påverkade verksamheterna till att aktualisera frågan om samverkan, och således även prioritera upp deltagandet. Samtidigt har det skett ett chefsbyte inom psykiatrins båda enheter. Öppenvården, som idag har den sämsta närvaron, har numer en chef som uttrycker sig starkt positiv till samverkan, något som bör ses som en utvecklingsmöjlighet.

Även kring frågan om nivån av samverkan och yrkesrollernas utveckling är gruppen och cheferna i huvudsak överens om den höga nivån av samverkan och de positiva effekterna för yrkesrollerna. Samverkansgruppen diskuterar dock mer kring hur det faktiska arbetet genomförts och hur de själva trivs i gruppen, medan cheferna för ett resonemang kring själva gruppprocessen och avsaknaden av gränser medlemmarna emellan. Det står klart i gruppdiskussionen att det finns en trevlig stämning i gruppen. Cheferna konstaterar även att gruppens arbete håller en hög kvalitet vilket gett såväl samverkansgruppen som Götene kommun ett gott rykte.

Samverkansgruppen har blivit en viktig funktion både för kommunen i stort såväl som för medarbetarna och deras respektive verksamheter. Cheferna konstaterar att gruppen har ett stort förtroende och att deras kompetens värderas i den övriga verksamheten. Gruppen fungerar även som en trygghet för de respektive deltagarna och framför allt en representant i samverkan konstaterar att hon orkat arbeta kvar på sin tjänst mycket tack vare den avlastning och stöd hon fått genom gruppen.

Missbruk och beroende är en komplicerad problematik som ställer stora krav på uthållighet hos vårdgivarna. I en liten kommun är man ofta relativt ensam i arbetet och en samhörighet och stöd från andra vårdgivare kan då vara ovärderligt. Utöver det behövs den kompetens som finns hos andra professioner för att vården skall bli bra. Samverkansgruppens önskemål om att kunna föra information kring målgruppen vidare ut till sina enheter skulle i relation till detta kunna ses som en utveckling med stor potential. Om fler personer får en ökad kunskap om såväl problematik som vart man kan vända sig för stöd kan det möjliggöra för andra organisationer att våga och orka möta en resurskrävande grupp brukare.

Samverkansgruppen har svårt att peka på de konkreta resultaten för vårdtagarna. De konstaterar att en medicinsk utvärdering inte går att genomföra då allt för många faktorer spelar in i hur utvecklingen blir för en brukare. Likaså cheferna konstaterar att en socioekonomisk beräkning inte är genomförbar. De pratar dock desto mer om de generella, eller "allmänt antagna" fördelarna med samverkan. De uttrycker att samverkansgruppen jobbar mot ett gemensamt mål och med en samsyn som förbättrar såväl bemötandet som vården för den enskilde. Det förhindrar även att brukaren "faller mellan stolarna".

Samverkansgruppen resonerar desto mer kring de personliga kontakterna och vilka fördelar detta i förlängningen ger för brukarna. Samverkan har, som tidigare konstaterats, gjort att man inte längre motar brukare med missbruksproblem. Det har även blivit en trygghet för medarbetarna som resulterar i bättre kännedom om varandras uppgifter och kompetenser. Denna trygghet förs över till brukaren när man förklarar vilka vårdmöjligheter som finns på de andra enheterna. Tryggheten och brukarens inställning till vårdgivarna påverkar dennes möjligheter att ta till sig vården på ett bra sätt. Att samverkansgruppen kan förmedla detta är en framgångsfaktor för samverkan. En av deltagarna i samverkan går dessutom så långt som att säga att hon skulle flytta till Götene, om hon själv behövde hjälp för missbruksproblem. Såväl

samverkans-gruppen som cheferna konstaterar att samverkan lett till att statusen på missbruksarbetet höjts.

Det faktum att man väl känner till varandras verksamheter och har goda kontaktvägar gör det lättare för brukarna att få tillgång till vården snabbt. Cheferna hyser en förhoppning om att samverkan kan förkorta vårdtiderna och spara såväl tid som resurser. Något som är viktigt att ha i åtanke är dock att ju mer man belyser missbruksproblem hos kommuninvånarna, desto mer lär man också hitta. Något som i förlängningen leder till ökade kostnader för vårdgivarna. Däremot är det självklart den rätta vägen att gå då tidiga insatser besparar samhället från stora utgifter, och individen från mycket onödigt lidande.

AVSLUTANDE DISKUSSION

Vad innebär studiens resultat för samverkansgruppen i Götene?

Att organisationer måste samverka för att möta samhällets krav på dem är något som står klart efter genomgången av den tidigare forskningen. I denna studie har det framkommit att samverkansgruppen i Götene har tagit sig igenom de svårigheter de stött på och idag har en väl fungerande samverkan kring målgruppen. De utvecklingspotential som finns handlar om att bättre integrera såväl brukarna som deras anhöriga i vårdplaneringen. Eftersom det finns svårigheter vad gäller att ta med brukarna direkt vid vårdplaneringen har möjligheten att utöka arbetet med nätverksmöten diskuterats. Genom nätverksmöten kan brukarens hela nätverk, såväl det professionella som det privata, samlas och diskutera hur man bäst kan stötta personen till ett missbruksfritt liv.

Andra utvecklingsmöjligheter som förts fram handlar om att starta upp en socialmedicinsk mottagning, där man samlar vården för brukarna på en och samma plats i kommunen. En sådan mottagning diskuterades i Götene kommun i samband med uppstarten av samverkansgruppen. Men diskussionen lades på is med anledning av resursbrist. Möjligen är det ändå nästa steg för kommunen och samverkansgruppen att ta då samlokalisering ger fördelar för brukarna. I dagsläget träffas vårdgivarna och diskuterar vården utifrån deras perspektiv, men en gemensam mottagning skulle möjliggöra för brukarna att på eget initiativ möta vårdgivarna när de har frågor att dryfta.

Resursbristen har konstaterats vara ett hinder för flera organisationer, på olika nivåer. Det borde kunna ses som en självklarhet att resursbrist inte ska få komma i vägen för bra vård. Tidiga och förebyggande insatser kan förhindra mycket mänskligt lidande, men det kan även spara resurser åt organisationen sett ur ett långsiktigt perspektiv. Därför är det en aktivitet som borde prioriteras.

Det finns andra organisationer än de som är med i samverkan som arbetar med missbruks- och beroendefrågor. Till exempel kriminalvården har ett stort ansvar för denna målgrupp. Enligt samverkansavtalet kan dessa organisationer adjungeras in i samverkan, men så har inte skett i någon nämnvärd omfattning. Rutinerna för att få till en fungerande samverkan även

med andra organisationer bör ses över. Möjligen skulle ett sådant samarbete underlättas genom en socialmedicinsk mottagning?

Hur kan studiens resultat vara till hjälp för andra kommuner?

Sedan juli i år är det lag på att samtliga landsting och kommuner skall ha samverkansavtal liknande det som studien har undersökt. Utifrån resultaten kan man konstatera att det finns en del tips vad gäller att få till en fungerande samverkansrutin.

1. Förankra samverkan i avtal, det underlättar för deltagarna att förstå syftet med samverkan, såväl som för nya deltagare att snabbt sätta sig in i samverkansrutinerna.
2. Avtalet skall vara väl förankrat inom samtliga led för att samverkan skall framstå som meningsfull för såväl medarbetarna som deras chefer.
3. Samtliga medarbetare bör ha mandat från sin närmaste ledning samt från sina kollegor, särskilt i de fall verksamheterna måste arbeta med knapphändiga resurser.
4. Deltagarna i samverkan bör vara intresserade av ämnesområdet såväl som att samverka med andra.
5. I en socialmedicinsk samverkan är det viktigt att ha med en engagerad läkare med kunskap om missbruksproblematik som har möjlighet att regelbundet följa upp brukarnas fysiska hälsa.

Förslag till vidare forskning

Samverkan är allt mer aktuellt och har till och med beskrivits som något av ett organisationsmode. I denna studie framkommer att Götene kommuns samverkan fungerar bra, men det är under de omständigheter som råder just nu. Hur det fungerar i framtiden eller i andra kommuner är något som kan vara värt att titta närmare på.

Som tidigare konstaterats hade det i studien varit väldigt intressant att intervjua brukarna. Detta uteslöts av olika anledningar. Det räcker inte alltid med att vi som tror oss vara experter sitter och spekulerar kring vad som är bäst för brukarna, deras åsikter och synpunkter bör också vara en del av det underlag man använder för att utforma vården. Det vore därför intressant med vidare studier av socialmedicinsk samverkan inom missbruksområden, särskilt med inriktning på brukarnas perspektiv.

REFERENSER

Alborn, Sven-Eric (2012) ”Samverkan och organisation inom missbruks- och beroendevård” i Fahlke, Claudia (red), *Handbok i missbrukspsykologi – teori och tillämpning*. Malmö: Liber AB

Bak, Maren & Gunnarsson, Lars (2000). *Familjecentralen – Framtidens stöd till föräldrar och barn?* Folkhälsoinstitutet. Linköping: Danagårds grafiska.

Barbour, Rosaline S & Kitzinger, Jenny (1999). *Developing Fokus Group Research – Politics, Theory and Practice*, Thousand Oaks California: Sage publication, Inc.

Bohlin, Ulla (2009), *Habilitering i fokus - En människobehandlande organisation och dess utmaningar*. Förlag: Socialhögskolan, Lunds universitet

Christensen, Tom m.fl (2005), *Organisationsteori för offentlig sektor*. Malmö: Liber AB

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

Danermark, Berth (2003). *Samverkan - Himmel eller helvete?* Stockholm: Förslagshuset Gothia.

Danermark, Berth (2004). *Samverkan – en fråga om makt*. Örebro: LäroMedia AB.

Denzin, Norman K. & Lincoln, Yvonna S. (red) (2000). *Handbook of Qualitative Research – second edition*. Thousand Oaks California: Sage publication, Inc.

Flaa, Paul m.fl (1998) *Introduktion till organisationsteori*. Lund: Studentlitteratur.

Fridell, Mats mfl. (2012), *Utvärdering – kunskap till praktik, Delrapport II – 2012*. Linnéuniversitetet, Institutionen för pedagogik, psykologi och idrottsvetenskap; http://kunskaptillpraktik.skf.se/MediaBinaryLoader.axd?MediaArchive_FileID=640a1fd9-60ab-4298-838a-4528194db5aa&FileName=UTV%C3%84RDERING+av+Kunskap+till+praktik+delrapport+I+2012.pdf

Garrow & Hasenfeld (2010), “Theoretical Approaches to Human Service Organizations” i Hasenfeld, Yeheskel (red), *Human services as complex organizations*. California; Sage Publications, Inc.

Hasenfeld, Yeheskel (2010), “Organizational Responses to Social Policy: The Case of Welfare Reform”, i *Administration in Social Work*, 34;148–167, 2010 Taylor & Francis Group. ISSN: 0364-3107

Huxham, Chris & Vangen, Siv (2005), *Managing to collaborate: The theory and practice of collaborative advantage*. Abingdon: Routledge

Johansson, Susanna (2011), *Rätt, makt och institutionell förändring - En kritisk analys av myndigheters samverkan i barnahus*. Lunds Universitet, Lund: Media-Tryck

Kvale, Steinar (1997), *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur

Lawrence, Thomas B; Hardy, Cynthia & Phillips, Nelson (2002) "Institutional Effects of Interorganizational Collaboration: The Emergence of Proto-Institutions", i *The Academy of Management Journal*, 2002:45:1:281-290.

Lindberg, Kajsa (2009). *Samverkan*. Malmö: Liber AB

Lindberg, Kajsa & Czarniawska, Barbara (2006). "Knotting the action net, or organizing between organizations", i *Scandinavian Journal of Management*, 22, s. 292-306

Linde, Stig & Svensson, Kerstin (red.) (2013), *Förändringens entreprenörer och tröghetens agenter – Människobehandlande organisationer ur ett nyinstitutionellt perspektiv*. Stockholm: Liber AB

Löfström, Mikael (2001). "Samverkan mellan offentliga organisationer: Att konstruera gränser", i *Kommunal ekonomi och politik*, 5(2), s. 69-90

Löfström, Mikael (2010a). "Inter-organizational collaboration projects in the public sector: a balance between integration and demarcation", i *International journal of health planning and management* 2010;25 s. 136-155. Publicerad online 10 December 2009, Wiley InterScience.

Löfström, Mikael (2010b). *Samverkan och gränser – Studier av samverkansprojekt i offentlig sektor*. Avhandling från Högskolan i Borås, nr 25: Intellecta Infolog.

Olsson, Börje (2011a) "Ett halvt sekel med narkotika – från panik och undergångsprofetior till hantering av ett vardagligt problem?" i Olsson, Börje (red) *Narkotika - om problem och politik*. Stockholm: Norstedts juridik.

Olsson, Börje (2011b) "Narkotikaproblemet i Sverige: framväxt och utveckling" i Olsson, Börje (red) *Narkotika - om problem och politik*. Stockholm: Norstedts juridik.

Ramböll Management Consulting (2010), *Implementering av Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård – utvärdering av RIS och GIR*. Slutrapport juni 2010. Stockholm; <http://www.riktlinjerivast.se/Dokumentationer/Utvardering.pdf> 2013-12-06

Riktlinjer i Västs hemsida, <http://www.riktlinjerivast.se/>, besökt 2013-11-01

Schmid, Hillel (2010) "Organizational Change in Human Service Organizations: Theories, Boundaries, Strategies, and Implementation" i Hasenfeld, Yeheskel (red) *Human services as complex organizations*. California; Sage Publications, Inc.

Schött, Staffan; Thunander, Katarina; Anderson, Christina (2011), *Rapport om samverkan i Västra Götalands missbruks och beroendevård*. Riktlinjer i Samverkan, Tillgänglig via; <http://www.riktlinjerivast.se/aktuellt.html> 2013-12-06.

Silverman, David (2011); *Interpreting qualitative data*, London: Sage

Socialtjänstlagen, (2001:453) så som återgetts på <http://www.notisum.se/>, 2013-10-23

Socialstyrelsen (2007a) *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem*. Lindesberg: Bergslagens Grafiska AB

Statens offentliga utredningar (SOU 2011:6), *Missbruket, Kunskapen, Vården - Missbruksutredningens forskningsbilaga. Delbetänkande II av Missbruksutredningen*. Stockholm: Elanders Sverige AB

Statens offentliga utredningar (SOU 2011:35) *Bättre insatser vid missbruk och beroende - Individen, kunskapen och ansvaret. Slutbetänkande av Missbruksutredningen*. Stockholm: Elanders Sverige AB

Sullivan, Helen & Skelcher, Chris (2002). *Working across boundaries - collaboration in public services*. Houndmills: Palgrave

Tursunovic, Mirzet (2002). "Fokusgruppsintervjuer i teori och praktik", i *Sociologisk Forskning* 1/2002 s.62-89, Göteborgs universitet; Sociologiska institutionen

Westrin, Claes-Göran, (1984). "Samverkan mellan primärvård och socialtjänst", i *Socialmedicinsk tidskrift*. 3-4, 129-138

Westrin, Claes-Göran (1986a). "Primary health care: Cooperation between health and welfare personnel in Sweden. An international study", i *Scandinavian journal of social medicine*. Supplement 38.

Westrin, Claes-Göran (1986b). "Social och medicinsk samverkan – begrepp och betingelser", i *Socialmedicinsk tidskrift*, 7-8, 280-285.

BILAGA 1

Sida 3-5 av 19, av samverkansavtalet för Götene kommun, exklusive försättsblad och innehållsförteckning, kompetensförteckning och bilagor.

Huvudavtal Samverkan avseende missbruks- och beroendevård 2010-08-30

Samverkan avseende missbruks- och beroendevård

Kap. 1 Samverkansavtal enligt Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård, 2007, SOSFS

§ 1 Avtalets karaktär

Avtalet reglerar samverkan och kostnader för samverkan mellan huvudmännen.

Som grund till avtalet ligger *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård, 2007, SOSFS*

§ 2 Avtalstid

Avtalet gäller löpande med start 1 oktober 2010.

§ 3 Ändringar i avtalet

Ändringar i avtalet kan initieras av respektive huvudman vid styrgruppens möten, där också omförhandling sker. Överenskomna ändringar skall vara skriftliga och undertecknas på samma sätt som huvudavtalet.

§ 4 Berörda huvudmän

De huvudmän som avtalet gäller är

Götene kommun

- Individ- och familjeomsorgen
- Psykiatrienheten

Västra Götalandsregionen

- Götene vårdcentral
- Kinnekullehälsans vårdcentral
- Beroendeenheten vid Sjukhuset i Falköping/
Psykiatrisk öppenvårdsmottagning vid Sjukhuset i Lidköping

§ 5 Avgränsning

Avtalsområdet omfattar personer som är folkbokförda i Götene kommun som lever med ett risk- eller missbruk, en beroendesjukdom eller en samsjuklighet (missbruk/beroende och psykisk/somatisk funktionsnedsättning). Huvudmännen har, inom sina respektive verksamhetsområden, ansvar för att dessa individer får stöd och hjälp, behandling, service och hälso- och sjukvård. (För ansvarsfördelning se bilaga 1)

Kap. 2 Beskrivning av samverkan

Former för samverkan

I *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård* framgår att samverkan mellan de olika huvudmännen måste förbättras. I Götene kommun tillskapas därmed två olika former för samverkan mellan kommunen och landstinget. Syftet är att på ett bättre sätt samordna de insatser som erbjuds den enskilde.

§ 1 Samverkansform 1 - Socialmedicinsk samverkansgrupp

En samverkansgrupp som ansvarar för att ta fram en gemensam individuell plan för varje enskild individ. Denna grupp träffas två timmar var fjortonde dag eller vid behov.

- Samtliga huvudmän kan initiera att en gemensam individuell plan upprättas för en enskild person. Även den enskilde och dennes anhöriga/närstående kan påtala att en plan behövs.
- I de fall en huvudman tar detta initiativ ansvarar denne för att få samtycke från den enskilde till att sekretessen upphävs mellan huvudmännen. (se bilaga 2 - hävning av sekretess)
- När den enskilde skrivit under att sekretessen upphävts kallar huvudmannen den socialmedicinska samverkansgruppen för att tillskapa en gemensam individuell plan. (se bilaga 3 – mall för gemensam individuell plan)

I gruppen ingår (förutom den enskilde och eventuella anhöriga/närstående):

- sjuksköterska från kommunens psykiatrienhet
- socionom från kommunens psykiatrienhet
- psykiatrisjuksköterska från den vårdcentral där den enskilde finns listad
- alkohol- och drogrådgivare från individ- och familjeomsorgen
- socialsekreterare från individ- och familjeomsorgen

Övriga funktioner adjungeras vid behov – såsom läkare från vårdcentral, MVC, psykiatrisk öppenvårdsmottagning vid SiL, beroendeenheten vid SiF, försäkringskassan m fl.

§ 2 Samverkansform 2 - Styrgrupp

En styrgrupp bestående av enhetschef för vuxenenheten inom individ- och familjeomsorgen, enhetschef för psykiatrienheten, enhetschefen för psykiatrisk öppenvårdsmottagning vid SiL samt vårdcentralschefer. Denna grupp skall följa upp att samverkan fortgår och fungerar enligt avtal samt föreslå förändringar vid behov. Gruppen är också ansvarig för omvärldsbevakning. Gruppen träffas fyra gånger varje år, och enhetschef för vuxenenheten inom individ- och familjeomsorgen är sammankallande. (För mötesrutiner se bilaga 4)

Kap. 3 Kompetensutbyte

§ 1 Kompetens hos respektive huvudman

Varje huvudman ansvarar för att kompetensen i den egna verksamheten ligger i linje med det ansvar verksamheten har inom området för missbruks- och beroendevård. I samverkan skall huvudmännen sträva efter att de funktioner som ingår i de olika samverkansformerna har en gemensam kunskapsbas.

§ 2 Kompetensutbyte mellan huvudmännen

Samverkan syftar även till att den kompetens som finns hos en huvudman avseende missbruks- och beroendevård skall komma den andra huvudmannen till gagn. (Förteckning över befintlig formell kompetens hos respektive huvudman, avseende missbruks- och beroendevård, se bilaga 5)

När en huvudman planerar och genomför en utbildning inom området eller skickar sin personal till en utbildning som anordnas av annan aktör skall den andra huvudmannen informeras för att på så vis kunna ta ställning till om man vill delta.

Kap. 4 Gemensamma definitioner

§ 1 Definitioner

Nedan följer en beskrivning av vilka gemensamma definitioner som skall gälla mellan huvudmännen.

Riskbruk

Med riskbruk avses ett bruk av alkohol som är eller kan bli skadligt, men där beroende inte föreligger (*Riskbruksprojektet, Statens folkhälsoinstitut, www.fhi.se*).

Missbruk

Med missbruk avses vanemässig konsumtion av en drog som leder till psykiska, somatiska eller sociala skador. All användning av narkotiska preparat (förutom läkarordinerade) är att betraktas som missbruk och bör utredas vidare. (*Se DSM IV*)

Beroende

Beroende är en specifik sjukdom som leder till en påtaglig funktionsnedsättning. Graden av beroende fastställs utifrån toleransnivå, abstinensomfattning och kontrollförlust. För att beroende skall föreligga krävs också att en stor del av livet ägnas åt att skaffa drogen samt att det sociala livet eftersätts. (*Se DSM IV*)

Samsjuklighet

Personer med psykisk sjukdom och/eller somatisk sjukdom och samtidigt missbruk/beroende (*Nationella riktlinjer för missbruks-, beroendevård, 2007*)

Kap. 5 Uppföljning

§ 1 Uppföljning av samverkan

Styrgruppen är ansvarig för kontinuerlig uppföljning av samverkan. Respektive huvudman skall hämta in information från den egna verksamheten om hur samverkan fortlöper inför varje enskilt styrgruppsmöte. Vid sista styrgruppsmötet varje år genomförs uppföljning enligt bilaga 6. Resultatet avrapporteras till ansvariga tjänstemän. Sammanställande huvudman är ansvarig för att uppföljningen genomförs.

Kap. 6 Kostnadsfördelning

§ 1 Lagstiftat ansvar

De kostnader som uppstår för respektive huvudman avseende missbruks- och beroendevård och som ligger inom huvudmannens ansvarsområde enligt gällande lagar (SoL, HSL, LVM) regleras ej i detta avtal.

§ 2 Personalresurser till samverkan

Respektive huvudman bekostar den egna personalen när denna deltar i samverkansformerna.

Övriga personalkostnader som kan uppstå för respektive huvudman, såsom vid utredningsarbete/ informationsinhämtning mellan samverkansmöten, ytterligare möten kring en enskild individ och dylikt, regleras ej i detta avtal.

BILAGA 2

FRÅGEGUIDE TILL FOKSUGRUPPSINTERVJUN

OM SAMVERKAN:

- Hur skulle ni beskriva den socialmedicinska samverkansgruppen i Götene?
- Vad anser ni vara dess primära syfte och mål?
- Hur har samverkan utvecklats över tid?
- Har det varit några hinder längs vägen? Om- hur har dessa övervunnits?

- Har samverkan genomförts i enlighet med avtalet? (regelbundna träffar, alla deltagande medlemmar, mm)
- Vilken typ av insatser har samverkansmötena resulterat i?
- Har samverkan lett fram till upprättandet av individuell vårdplan?
- Upplever medlemmarna att vårdplanerna/vårdplaneringen har följts?
- Har samverkansgruppen haft med klienten /erbjudit klienten att vara med vid vårdplaneringen?
- Har man via samverkansgruppen erbjudit något stöd till anhöriga?

VARFÖR SKA MAN SAMVERKA?

- Vad har varit positivt med samverkan?
- Finns det något som talar emot samverkan?
- Har det funnits några motsättningar/problem?
 - o Ekonomiska?
 - o Praktiska?
 - o Hur /om/ har dessa lösts?
- Känns samverkan meningsfull?
- Anser ni att samverkan fyller sitt syfte?
- Vad har samverkan haft för inverkan på klientgruppen?

VILKA FÖRUTSÄTTNINGAR KRÄVS FÖR EN LYCKAD SAMVERKAN?

- Från vem/vilka fick ni i uppdrag att samverka?
- Har nu fått vara med och påverka utformningen av samverkan?
- Har den varit väl förankrad hos samtliga samverkansdeltagare?
- Har ni haft tillräckliga mandat att agera/fatta beslut från respektive organisation/chef?

HUR PÅVERKAR RELATIONEN MELLAN DELTAGARNA SAMVERKAN?

- Har medlemmarnas olika bakgrund/utbildning/erfarenhet märkts av i gruppen? Och isf på vilket vis?
 - o Har det varit en styrka eller svaghet?
- Har man fått en ökad förståelse för andra yrkeskategorier?

- Har relationen mellan medlemmarna förändrats / förbättrats?

ÖVRIGT

- Kan ni se några förbättringsområden?
- Vad vill ni ge för råd till andra som skall starta om en liknande samverkansgrupp?
- Vill ni tillägga något som inte frågats om?

BILAGA 3

FRÅGEGUIDE TILL CHEFERNA

BAKGRUNDSFRÅGOR:

- Namn
- Ålder
- Utbildning och hur länge har du varit yrkesverksam? (Totalt och/eller efter nuvarande utbildningsnivå)
- Vad är din nuvarande position och ansvarsområde?
- Vilken/vilka medarbetare representerar din enhet i den socialmedicinska samverkansgruppen?
- Vem representerar din enhet i styrgruppen?
- Hur delaktig var du personligen vid uppstarten av den socialmedicinska samverkan?
- Fick du direktiv från någon annan om uppstart av samverkan?
- Hur skulle du med egna ord beskriva den socialmedicinska samverkansgruppen i Götene?
- Vad anser du vara det primära syftet med den socialmedicinska samverkansgruppen i Götene?
- Som chef för din verksamhet – Har något varit nödvändigt för dig att göra/förändra för att få till samverkan?
- Har verksamheten behövt anpassa sig på något vis för att samverkan skall kunna fungera?
- Vad har du gett din/dina medarbetare för mandat att agera och fatta beslut i samverkansgruppen?

- Hur anser du att den socialmedicinska samverkan i Götene påverkat den dagliga verksamheten?
- Utifrån dina egna kunskaper, hur skulle du säga att samverkan har utvecklat sig över tid, har det skett några förändringar längs vägen?
- Har det varit några hinder längs vägen?
 - o Om – hur har dessa övervunnits?
- Kan du nämna några konkreta för- eller nackdelar med samverkan?
- Vilka resultat för vårdtagarna har man uppnått?
- Upplever du att deltagarna i samverkansgruppen fått mer förståelse för andra yrkesroller eller institutioners sätt att arbeta?
- Har samverkan kostat eller sparat resurser?
- Hur ser du på möjligheterna till fortsatt samverkan / andra samverkansformer i framtiden?
- Har samverkansgruppen gjort/beslutat något som utgjort ett problem/inte gått att genomföra?
- Har samverkan lett till ett kompetensutbyte mellan yrkeskategorierna / utvecklade yrkesroller?
- Upplever du att styrgruppen har träffats regelbundet (fyra ggr/år) och följt sin planering vad gäller att se till att samverkan fungerar?
- Har styrgruppen kommit med några förslag till förändringar av samverkansgruppen?
 - o Om, har dessa förändringar implementerats?
- Vad har du för tips till andra som vill starta upp en liknande samverkan?
- Har du något övrigt att tillägga som jag inte frågat om redan?