

Samverkan i stödet till psykiskt funktionshindrade

Öhrlings

PRICEWATERHOUSECOOPERS 

K O M R E V

Revisionsrapport

Mars 2005

Lars Näsström

Christina Svensson

Granskning av
Samverkan i stödet till psykiskt
funktionshindrade

Grums, Karlstad, Kristinehamn

Landstinget i Värmland

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
1. Samverkan - ett nationellt uppdrag.....	3
1.1 Samverkan - bakgrund/introduktion.....	3
1.1.1 Aktuell lagstiftning	5
1.2 Studiens syfte och frågeställningar.....	6
2. Metod och undersökningsmodell samt forskning.....	6
2.1 Metod och undersökningsmodell	6
2.2 Forskning	8
2.3 Övrigt.....	10
3. Verksamheternas beskrivning av samverkan.....	10
3.1 Kommunerna	10
3.2 Öppenvårdspsykiatri.....	13
3.3 Arbetsseminarium.....	14
4. Brukarperspektivet.....	15
4.1 Intervjuer med brukare	15
4.2 Akt/journalgranskningar	16
5. Analys och kommentar	16
5.1 Organisatoriskt perspektiv.....	16
5.2 Operativt perspektiv	17
5.3 Mandat.....	18
5.4 Tid/resurser.....	18
6. Fortsatt utvecklingsarbete	19

Sammanfattning

I ett samverkansprojekt mellan revisionen i Grums, Karlstad, Kristinehamn kommuner samt Landstinget i Värmland har Komrev inom Öhrlings PricewaterhouseCoopers fått i uppdrag att genomföra en granskning av samverkan mellan nämnda kommuner och den öppna vuxenpsykiatriska verksamheten. En styrgrupp, bestående av revisionsgruppernas ordförande, har följt projektet.

Granskningsarbetet syftar till att beskriva och värdera hur kommunernas socialtjänst och landstingets psykiatriska verksamhet samverkar i uppgiften att ge stöd till personer med psykiskt funktionshinder. Granskningen skall göras utifrån dels ett lednings- och samordningsperspektiv, dels ett individ- och brukarperspektiv. I granskningsrapporten skall utvecklingsförslag redovisas.

Granskningen har innehållit ett antal intervjuer med ansvariga handläggare och andra befattningshavare inom kommunerna samt inom vuxenpsykiatri. Granskningen har också innehållit ett antal brukarintervjuer, akt/journalgranskningar samt ett arbetsseminarium med de inom kommunerna och landstinget som intervjuats.

Psykiatrireformen, som trädde i kraft 1995, har som syfte att minska institutionsboendet, att förbättra de psykiskt funktionshindrades livssituation och att öka deras möjligheter till gemenskap och delaktighet i samhället. Reformen innebar att landstingen fick ansvar för diagnostik, behandling och psykiatrisk rehabilitering medan kommunerna fick ansvar för bl. a anskaffning av bostad, boendestöd, sysselsättning mm.

Ett delat ansvar mellan kommun och landsting för vården och stödet till de psykiskt funktionshindrade förutsätter samverkan mellan landstingets psykiatriska verksamhet, primärvården och kommunens socialtjänst. Sedan 2002 har ett arbete pågått med att forma förslag på ett länsövergripande samverkansavtal. I dagsläget finns ett förslag till avtal innebärande en modell för hur samverkan ska utvecklas på såväl central som lokal nivå.

En fungerande samverkan bör vara såväl organisatorisk som operativ. Det betyder att grunderna för samverkan ska diskuteras, beslutas och utvärderas på ett övergripande plan samt omsättas till praktisk verklighet. Mandat för samverkan, tid för genomförande samt resurser måste säkerställas för att förutsättningarna för samverkan ska finnas. En gemensam referensram kring förutsättningar och målgrupp behövs också finnas för att säkerställa en god samverkan.

Det är ett antal faktorer som bör uppfyllas för att samverkan ska kunna ha förutsättning att utvecklas och fungera på avsett sätt. Föreliggande granskning visar att mycket fungerar bra men en del brister i dessa förutsättningar redovisas också liksom utvecklingsförslag.

- Slutför arbetet med den gemensamma regionala överenskommelsen.
- Skapa lokala överenskommelser där ansvarsgränser, mandat, tid/resurser och utbildning/utvecklingsfrågor klargörs.

Framförallt saknas en viktig utgångspunkt för samverkansarbetet, gemensamma överenskommelser som tydligare klarar ut ansvarsfrågor, samverkansformer, vilka resurser som ställs till verksamhetens förfogade, gemensamma aktiviteter, inriktningsbeslut m.m. Sådana överenskommelser behöver träffas på såväl central som lokal nivå, med ett utrymme och mandat att lokalt klara att forma verksamhet och samverkan efter lokala förutsättningar. Så länge oklarheter finns kring detta finns också risken att enskilda personer "faller mellan stolarna" och inte får det stöd och den hjälp de behöver, ofta från flera aktörer. I andra fall kan i stället bristen på samverkan medföra att liknande eller konkurrerande insatser ges från flera håll.

- Ansvariga bör utses för utvecklingsarbetet som skall vara tidsstyrt i företrädesvis projektform.

Dt fortsatta utvecklingsarbetet bör drivas med utpekade ansvariga och krav på resultat i ett tidsstyrt projekt. Om det går ytterligare tid utan synbara resultat finns annars risken att verksamheterna tröttnar och att den ambition som fortfarande finns minskar.

- Hur och om gemensamma förebyggande verksamheter skall byggas upp bör planeras.

Det har framkommit en önskan från kommunerna att gemensamt bygga upp förebyggande verksamheter, att utifrån ett folkhälsoperspektiv med olika kompetenser möta en begynnande psykisk ohälsa.

- Kommunernas tillgång till länsverksamheten runt missbruksmålgruppen bör snarast klarläggas.

Frågan om länsverksamheter ställs på sin spets när det gäller arbetet kring missbrukare. Oavsett ambitionen och viljan från landstingets verksamheter, är det ett faktum att kommuner utanför Karlstad inte riktigt känner att det är en verksamhet alla har tillgång till. Det är rimligt med en diskussion kring hur denna del av länsverksamheten ska vara anpassad för att svara upp mot även andra kommuners behov och önskemål.

- Ansvariga bör utses från såväl kommunen som den lokala öppenvårdspsykiatrien med ett speciellt ansvar att driva och följa upp det lokala samverkansarbetet.

En fråga som fördes fram vid arbetsseminariet var att det lokalt ska finnas personer som har ett speciellt ansvar att driva och samordna samverkan. Denna idé bör förverkligas för att få ytterligare kraft i det kommande arbetet med samverkansfrågorna.

1. Samverkan - ett nationellt uppdrag

1.1 Samverkan - bakgrund/introduktion

Psykiatrireformen, som trädde i kraft 1995, har som syfte att minska institutionsboendet, att förbättra de psykiskt funktionshindrades livssituation och att öka deras möjligheter till gemenskap och delaktighet i samhället. Reformen innebar att landstingen fick ansvar för diagnostik, behandling och psykiatrisk rehabilitering medan kommunerna fick ansvar för bl. a anskaffning av bostad, boendestöd, sysselsättning mm.

Ett ansvar för vården och stödet till de psykiskt funktionshindrade som är delat mellan kommun och landsting förutsätter samverkan mellan landstingets psykiatriska verksamhet, primärvården och kommunens socialtjänst. Under senare år har antalet vårdplatser för slutent psykiatrisk vård avsevärt minskat och allt fler människor med psykiska funktionshinder får vård, stöd och service i eget boende. Denna utveckling skärper kraven på samverkan och samordning mellan kommun och landsting.¹

I samband med psykiatrireformen och den ansvarsfördelning mellan kommun och landsting som kom att betecknas som psykädel slöts likväl som i andra län också ett avtal i Värmland. Ansvarsfördelningen såg i stort sett ut på liknande sätt mellan landstinget och kommunerna förutom ansvarsfördelningen mellan landstinget och Karlstads kommun innebärande att den öppna rehabiliteringen (ÖRE) inte blev en del av skatteväxlingen.

Sedan 2002 har ett arbete pågått med att forma förslag på ett länsövergripande samverkansavtal, det ursprungliga arbetet övergick 2003 till uppdraget ”Samarbete och gränssnitt”. Arbetet har bedrivits i ett antal arbetsgrupper med deltagare från länets kommuner samt landstinget med landstinget som samordnare. I dagsläget finns ett förslag till avtal som ännu inte behandlats politiskt vare sig i kommunerna eller inom landstinget.

Utgångspunkten i arbetet har varit ”Nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvård” där mål och riktlinjer anges för hur stödet bör utvecklas för barn, ungdomar och psykiskt funktionshindrade samt till äldre med psykisk ohälsa. För att dessa mål och riktlinjer skall kunna förverkligas förutsätts både att samverkansavtal skrivs och att samverkan sker mellan landstinget och kommunerna.

¹ Angående den närmare gränsdragningen samt kraven på samverkan och gemensam vårdplanering se exempelvis: propositionen till socialtjänstlagen (2000/01:80 sidorna 91 och 93), PM Barn- och ungdomar samt vuxna med psykiska funktionshinder, Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet (SK dnr 2003/1495).

Samverkansavtalen skall övergripande beskriva hur läkarmedverkan och stödet till personer i eget boende eller andra former av boende skall fungera så att inte onödiga inläggningar i slutenvården behövs. I avtalen skall det vidare framgå hur patienter kan erbjudas svikt/avlastningsplatser då sådant stöd behövs. Det skall även framgå hur landstingspsykiatrins mobila verksamhet skall fungera så att den kan vara ett komplement till kommunernas psykiatri och ett stöd till gemensamma patienter. Avtalen skall också tydliggöra hur barn till psykiskt sjuka föräldrar skall uppmärksammas och hur de skall få stöd.

Det uttalas i Nationella handlingsplanen att psykiatrireformens huvudinriktning, att med hjälp av tidiga insatser reducera framtida funktionsnedsättningar, bör ligga fast. I synsättet ligger att insatser i patientens närmiljö är särskilt viktiga och att behovet av samverkan med andra är stort och bör intensifieras. Stödet bör utvecklas för barn, ungdomar och äldre med psykisk ohälsa samt till psykiskt funktionshindrade.

I förslaget till länsövergripande avtal pekas på vikten av att skapa forum för kommunikation och information mellan landstinget och kommunerna som leder till att behovet av insatser till målgrupperna tillgodoses. Vikten av att parterna i ett tidigt skede informerar varandra om förändringar som på något sätt kan påverka den andres verksamhetsförutsättning förs också fram. Som förslag på dessa forum anges att för politiker och chefstjänstemän, på en övergripande strategisk nivå, ordna träffar för att ge aktuell information om hur man arbetar med de frågor som anges i Nationella handlingsplanen kring psykiatrin, den s.k. Värmlandsrundan.

På lokal nivå skall en kontinuerlig samverkan ske mellan representanter för berörda kommunala verksamheter och länsverksamheter som arbetar för att stödja målgrupperna. I denna samverkan skall riktlinjer för samarbete/samverkan utarbetas. De former för samverkan och samordning som blir aktuella skall dokumenteras i lokala avtal. Det föreslås regelbundna verksamhetsträffar vars innehåll skall vara planering och uppföljning av rutiner, fortlöpande diskussioner om pågående eller nya samverkansområden, kvalitetsarbete, kundtillfredsställelse, medicinsk kvalitet och säkerhet, informationsöverföring, habiliterings- och rehabiliteringsplaner gemensamma fort- och vidareutbildnings insatser m.m.

I de lokala samverkansavtalen är det meningen att utvecklings- och förbättringsområden ska beskrivas och förslag på åtgärder presenteras i framtagna dokument.

I arbetet med att ta fram förslag på länsövergripande avtal anges vikten av att landsting och kommun enas om en samlad bild av vad man vill uppnå eller sikta mot. Som några mål pekas ut:

- Tydligt ansvarsförhållande genom kloka samarbetsavtal.

- Länsövergripande avtal ska kompletteras med lokala samarbetsavtal avseende former för samarbete, ansvar för insatser och finansiering av gemensamt inrättade verksamheter.
- Det länsövergripande avtalet skall fastslå miniminivåer för landstingets respektive kommunernas åtaganden.
- Effektivare samarbetsformer.
 - Kommunerna och landstingen har ett gemensamt ansvar för en god vård, omsorg och stöd samt att övergången mellan olika vårdgivare sker utan olägenheter. Resursbrist får aldrig vara ett skäl för huvudmännen att inte ta sin del av ansvaret för vård, omsorg och stöd till patienten.
 - Frågor där överenskommelse behöver träffas är tillgänglighet, kontinuitet, samordnad informationsöverföring och vårdplanering.

1.1.1 Aktuell lagstiftning

Hälso- och sjukvårdslagstiftningens mål är att befrämja en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt och de personer som har det största behovet skall ges företräde till vård. Kraven på hälso- och sjukvården är att den skall vara av god kvalitet, vara lättillgänglig, bygga på respekt och främja goda kontakter mellan patient och personal. Vården och behandlingen skall utformas och genomföras i samråd med patienten. Varje patient, om det inte är obehövligt, skall snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd. Hälso- och sjukvården skall arbeta för att förebygga ohälsa.

I socialtjänstlagens 5 kapitel; Särskilda bestämmelser för olika grupper, framgår socialtjänstens ansvar för människor med funktionshinder.

”Socialnämnden skall verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra. Vidare skall socialnämnden medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och får bo på ett sätt som är anpassat efter hans eller hennes behov av särskilt stöd. Kommunen skall inrätta bostäder med särskild service för dem som till följd av sådana svårigheter som avses ovan behöver ett sådant boende.

Socialnämnden skall göra sig väl förtrogen med levnadsförhållanden i kommunen för människor med fysiska och psykiska funktionshinder samt i sin uppsökande verksamhet upplysa om socialtjänstens verksamhet på dessa områden. Kommunen skall planera sina insatser för människor med fysiska och psykiska funktionshinder. I planeringen skall kommunen samverka med landstinget samt andra samhällsorgan och organisationer”

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade innehåller bestämmelser om insatser för särskilt stöd och särskild service åt personer

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

Verksamheten enligt denna lag skall bedrivas i samarbete med andra berörda samhällsorgan och myndigheter.

Både IFO (socialtjänsten) och LSS-verksamheten har ett i respektive lag tydligt angivet ansvar för funktionshindrade. Samma insatser kan i princip ges enligt båda lagarna. Avgörande för vilken lag som skall tillämpas (om IFO eller LSS-verksamheten skall vara ansvarig) är inte personkretstillhörigheten enligt LSS, utan den enskildes vilja (informerat val) och vilken typ av insats som är lämplig. Även om LSS kan ses mer förmånlig kan den enskilde välja vilken lag som skall tillämpas (jfr 4 § LSS).

1.2 Studiens syfte och frågeställningar

Granskningsarbetet syftar till att beskriva och värdera hur kommunernas socialtjänst och landstingets psykiatriska verksamhet samverkar i uppgiften att ge stöd till personer med psykiskt funktionshinder. Granskningen skall göras utifrån dels ett lednings- och samordningsperspektiv, dels ett individ- och brukarperspektiv. I granskningsrapporten skall utvecklingsförslag redovisas.

Granskningen avgränsas därför till verksamhet i Grums, Karlstad och Kristinehamns kommuner. Den avgränsas även till att omfatta den psykiatriska öppenvårdsverksamheten samt kommunernas arbete med målgruppen inom individ- och familjeomsorgen samt inom LSS.

2. Metod och undersökningsmodell samt forskning

2.1 Metod och undersökningsmodell

Granskningen har utförts med ett antal aktiviteter, beskrivna och kommenterade nedan.

- En granskning av all **dokumentation** hos både kommun och landsting kring 3-4 brukare i varje kommun.
- **Intervjuer** med 3-4 **brukare** från varje kommun.
- **Intervjuer** med **personal** i syfte att bedöma om de olika huvudmännen har en samsyn av uppdraget att ge stöd till personer med psykiska funktionshinder.

- **Arbetsseminarium** med **personal** i syfte att presentera konsulternas slutsatser samt att konkret arbeta med förslag kring utvecklingsarbete gällande samverkan.

En styrgrupp, bestående av revisionsgruppernas ordförande, har träffats vid två tillfällen för avstämning och diskussion om nuläget i projektet. En slutrapportering av projektet har också genomförts vid en träff där samtliga berörda revisionsgrupper bjöds in.

I granskningen har en modell för samverkan använts som utarbetats av Komrevs medarbetare utifrån studier och egna erfarenheter av samverkan såväl ur ett internationellt, nationellt, regionalt samt lokalt perspektiv.

• **Mandat**

–för uppdraget

–för samverkan

• **Tid**

–avsatt för samverkan

–prioritera samverkan

• **Resurser**

–nödvändigt antal deltagare

–rätt kompetens

Organisatorisk nivå

Operativ nivå

Gemensam referensram

Kunskap om varandras uppdrag

Modellen slår fast att för att samverkan ska vara framgångsrik krävs att det finns ordnade *förutsättningar* för denna. De som deltar, på alla nivåer, måste för det första ha **mandat**, dels för samverkan i sig men också för uppdraget. I goda förutsättningar ligger också att det finns **tid** avsatt för den samverkan som bestämts och att samverkan prioriteras. Slutligen måste **resurserna** för samverkan säkerställas. Med det menas att det ska vara ett nödvändigt antal deltagare samt att dessa måste ha den kompetens som krävs för aktuell samverkan.

En gemensam **referensram** behövs vilket innebär att man skall ha kunskap om

- faktiska förhållanden som styr arbetet dvs. lagar, resurser
- de olika sektorernas arbetsfält, möjligheter, befogenheter

- situationen för aktuell målgrupp samt kunskap i metoder för att definiera/ kartlägga/omvärldsbevaka och arbeta med målgruppen

Samverkan ska ses ur olika perspektiv där en strävan bör vara att samtliga ska uppfyllas. Ur *styrnings/mandat perspektivet* kan man peka på vikten av att fastslå policys och träffa avtal avseende samverkan. Här kan det också vara aktuellt med att beskriva allmänt inriktade insatser såväl som individinriktade insatser till de olika målgrupperna.

Ur *patient/klient perspektivet* handlar det om att ha en gemensam planering och en samordning av insatser. Framtagande av rutiner som innehåller hur samverkan skall gå till runt den enskilde som också innehåller rutiner för informationsöverföringen är väsentlig.

Kunskapsutbyte och erfarenhetsåterföring kring samverkansfrågorna täcker in *kompetensperspektivet* och ur *personalperspektivet* måste klaras ut om ansvarsfördelningen uppfattas som rimlig samt arbeta för att inblandade parter har en kunskap om samverkanspartnern.

I granskningen används ovanstående indikatorer som ett mått på hur samverkan fungerar mellan huvudmännen ur ett verksamhetsperspektiv såväl som ur ett brukarperspektiv.

2.2 Forskning

I vad mån kan forskningen bidra till program och metodutveckling inom området. Implementationsforskning bedöms relevant i sammanhanget även om inte samverkan mellan kommuner och psykiatri direkt har studerats.

Studier från 70-talet beskriver händelseförloppet på vägen mellan politiska intentioner och förväntade lokala åtgärder. Forskarna² konstaterar att projekt ofta baseras på:

- bristfällig problemanalys
- att beslut och genomförande är svåra att särskilja
- att tidsaspekten ofta undervärderas
- stora samordningsproblem i tillämpningsskedet.

En slutsats av dessa studier, som också följdes av flera empiriska sådana konstaterar vidare att framgångsrik implementering kräver klart formulerade mål och strategier, kunskaper om samband mellan orsak - verkan, kompetent organisationsledning, stöd från viktiga intressentgrupper (bland politiker, tjänstemän och målgrupper), tillräckliga resurser (inklusive utbildning och incitament) samt kontrollsystem så att man kan följa upp och mäta måluppfyllelse samt återkoppla till ledningen. Som tillämpare måste man *förstå* beslutet, kun-

² Pressman, Wildavsky (1973) i Socialstyrelsen delrapport: Implementering av BBIC-projektet i socialtjänstens organisationer av Staffan Johansson 2004.

na genomföra det och inte minst *vilja* genomföra det var slutsatser från forskare som van Meter & van Horn 1975.³

Fokus i dessa studier är ”top-down” perspektivet. Studier av ”bottom-up” perspektivet utförda av Lipsky 1980⁴ beskriver att många offentliga tjänstemän som har till uppgift att verkställa politiska beslut och program

- har stor handlingsfrihet i sitt dagliga arbete
- det är de snarare än politikerna och toppbyråkraterna som utformar politiken inom sitt område
- måste ta individuella hänsyn, följer inte regler strikt
- utformar egna rutiner, prioriteringar och beslut.

De slutsatser man kan dra från svensk forskning, Benny Hjern m fl, visar på att positivt för samverkan ur ett rehabiliteringsperspektiv är

- organisering tvärs skilda specialistorganisationer
- professionell organisering av sammansatta behov
- reviravveckling.

Man beskriver vidare att den svenska välfärdsstaten inte organiserades för mångfalden i dagens samhälle. Samhällsutvecklingen har lett till en ökad mångfald i de behov och egna resurser som befolkningen har. Om välfärdsstaten med sina hierarkiska rättsliga och administrativa tekniker, utvecklade för industrisamhället kan hantera den mångfald som finns i tjänstesamhället idag är frågan som ställs inom denna forskning. Vidare beskrivs att ”människorna i för vem-grupperna upplever sig inte själva ha mångfaldiga behov”. ”De uppfattar sig rätt och slätt som hela individer som söker stöd för sina behov. Men för hierarkiskt styrda och specialiserade institutioner representerar deras behov på olika sätt en besvärande mångfald”. ”Institutionerna kan enbart hantera ‘sin bit’, inom sitt eget revir av lagstiftning och specialistkulturer, av det individen upplever som sitt hela behov”.⁵

³ Socialstyrelsen delrapport: Implementering av BBIC-projektet i socialtjänstens organisationer av Staffan Johansson 2004.

⁴ Not som ovan.

⁵ Hjern artikelsammanfattning av ”för vem”-gruppstudier 1994-1999 förtecknade i Andersson 2000 och Björklund 2000 på uppdrag av Socialstyrelsen

Den slutsats man skulle kunna dra av ovanstående forskning är att samverkansfrågan har olika dimensioner och inte enbart handlar om de enskilda organisationernas eller tjänstemännens vilja till samverkan.

2.3 Övrigt

I samband med diskussioner om samverkan påtalas ofta från verksamhetshåll samlokalisering som en viktig faktor för en bra samverkan förutom de indikatorer som pekats på i denna rapport i form av mandat, tid, resurser och en gemensam referensram. Flera exempel på framgångsrik samverkan finns bl.a. i form av gemensam verksamhet i Kristinehamn samt samlokalisering mellan huvudmännen av missbruksvård i Karlstad. Övrig framgångsrik samverkan såsom familjecentralssamverkan mellan olika huvudmän och övriga kan också nämnas i sammanhanget. Samverkan i dessa former borde vara en källa till gemensam inspiration för fortsättningen av det dagliga erfarenhetsbaserade arbetet.

3. Verksamheternas beskrivning av samverkan

Intervjuer har genomförts med ett 40-tal nyckelpersoner inom de aktuella kommunerna samt inom landstingets öppenvårdspsykiatri. Intervjuade har varit ansvariga chefer samt personer som arbetar aktivt med målgrupperna.

3.1 Kommunerna

Organisatorisk samverkan

Runt den organisatoriska samverkan är bilden från kommunerna splittrad. På den politiska nivån uppges att det saknas en organisatorisk samverkan då det som ersatt samverkansorganet SLAKO, den s.k. kommunrundan, inte riktigt fått den effekten.

På lokal nivå finns samverkansorgan på ledningsnivå, även om frekvensen varit oregelbunden. Kommunernas verksamhetsledning träffar motsvarigheten inom landstinget. Träffarna har tidigare haft mycket av informationskaraktär, men på sina håll kan det nu pekats på konkreta resultat som stärker samverkan. Det finns en ömsesidig vilja att stärka innehållet i träffarna och en avsikt att etablera en samverkan på ledningsnivå. Man har mötts i olika organisatoriska former även om man haft olika mening kring varandras insatser.

Exempel finns på kontinuerlig organisatorisk samverkan. I en av kommuner bedrivs en gemensam öppenvårdsverksamhet där styrgrupp och referensgrupp finns för att samverka. Den så kallade arbetsgruppen finns också, där försäkringskassan och arbetsförmedlingen finns representerade tillsammans med kommunen och landstinget, såväl primärvård som psykiatri. Ett annat exempel är gemensam inventering av delar av målgrupperna, de brukare som har dubbeldiagnoser.

Två av kommunerna som varit med i granskningen har tillsammans med bl.a. landstinget blivit utsedd som nationell modellkommun för att utveckla arbetet runt missbrukare. Projektet skall pågå ett år och innehåller bl.a. gemensam kompetensutveckling mm.

Operativ samverkan

Det finns flera exempel på kontinuerlig samverkan där tjänstemän inom kommunerna och öppensykiatrin träffas tillsammans med brukarna. Här sker individuell planering runt insatserna såväl från kommunen som från öppensykiatrin. Det finns dock andra exempel som förs fram där samverkan inte blivit verklighet förrän ärendet gått långt.

Ett önskemål som förs fram är att man skulle ha en ”bred, gemensam ingång” för ärendena i stället för att hänvisa vidare. Man menar att det kan vara en fördel med en samlokalisering för att kunna förverkliga en sådan samverkan och skapa en gemensam plattform i övrigt för arbetet.

En målgrupp man tycker till en del fallit mellan stolarna är missbrukare. Det är svårigheter att vid behov få stöd av landstinget för behandling av denna målgrupp. Det framkommer också under intervjuerna att landstingets ansvar för målgruppen missbrukare utövas av primärvården. Här finns det ett ifrågasättande av rutinerna runt den interna samverkan mellan slutenvården och öppenvården. Det finns exempel på att informationen inte fungerat internt.

I Karlstad sker dock samverkan tydligt för målgruppen missbrukare och målgruppen dubbeldiagnoser via öppenvårdspsykiatrin. Denna samverkan sker i samlokaliserad form via ”Livana” och kommunen samt i en av kommunens boendeformer för missbrukare. Denna del av landstingets verksamhet har också ett länsansvar och det påtalas från verksamheten Livana att man aldrig säger nej om andra kommuner efterfrågar deras insatser.

Ett annat problem som uppmärksammats från en kommun är när de funktionshindrade har somatiska besvär och kan vårdas i hemmet. Här upplevs det som en svårighet att få stöd och hjälp av landstinget. Landstinget utgår från att om de funktionshindrade finns i gruppboende med kommunal personal så skall man ta hand om dem fullt ut även om detta inte är kommunens uppdrag utan ett hälso- och sjukvårdsansvar.

I samma kommun påtalas också att man ändrat om inriktningen på en dagverksamhet och man vet att psykiatrin har synpunkter på detta.

Mandat

Mandatet för att samverka som kommer från nationellt håll känner man till men är i övrigt inte helt tydlig. Det finns i vissa lägen en osäkerhet vad man kan förvänta sig av psykiatrin när det gäller stötning runt enskilda. Det finns en önskan om mer samarbete och geme-

sam planering kring enskilda. Man är generellt nöjd med det som faktiskt utträttas av psykiatrin, men anser att psykiatrin snävar in sin egen definition av ansvaret.

Måldokument som särskilt beskriver samverkan saknas.

De interna mandaten anser kommunerna är tämligen givna utifrån hur man organiserat verksamheten. I en kommun har bl.a. organisationen förändrats för att särskilja myndighetsutövningen och insatserna samt anpassat sin verksamhet för att bli tydligare i det uppdrag kommunen har för brukarna.

Från Karlstad menar man att huvudmännen bedriver en parallell verksamhet i och med att såväl kommunens ”avdelning för socialpsykiatri” som landstingets psykosteam arbetar med boendestöd. Runt denna målgrupp önskas därför en gemensam planering utifrån enskildas sammantagna behov.

Tid/resurser

Kommunerna anser att man har och måste ta sig tid att samverka. En grupp man lägger ner mycket tid på är målgruppen missbrukare och här måste ansvarsfördelningen och samverkan utvecklas inte minst för att spara tid och för att kunna ge vård och stöd i ett tidigare skede. Slutenvårdens ansvar påtalas också när det gäller samverkan.

Kommunerna uppger att de har resurser för att samverka, men att samverkan måste organiseras bättre på organisatorisk nivå. Övrig samverkan runt brukare måste utgå från brukaren och kan förändras över tid.

När det gäller avgiftsverksamheten finns synpunkter på att landstinget inte tar sitt ansvar vilket medfört att kommunerna under ett flertal år köpt sådana tjänster av privata vårdgivare. Även i övrigt förs fram upplevelsen av att psykiatrin försöker lämna över ansvar till kommunerna.

Från kommunalt håll finns också en önskan att utveckla fler gemensamma verksamheter, ex vis en gemensam uppsökande verksamhet eller träffpunkter för målgruppen. En önskan som också framkommit är att utveckla ”en bred, gemensam ingång för enskilda så att personer inte bara hänvisas vidare”.

Referensram

Kännedom om varandras uppdrag, vilka förutsättningar som gäller runt uppdraget är viktiga kunskaper för att förstå och ha de rätta förväntningarna på varandra i samverkan. Vilken målgrupp det ska samverkas kring och också hur framtiden ser ut tycker de intervjuade är viktiga frågor att gemensamt ta i och samverka kring lokalt.

Den gemensamma referensramen borde förbättras. Vikten av en beslutad organisatorisk samverkan där gemensam utbildning/utveckling och en gemensam kartläggning/ inventering av målgrupperna ingår som en del borde komma tillstånd även om gemensam utbildning förekommer och har förekommit. Viktigt för samverkan är att ha måldokument för den samverkan som man gemensamt beslutat om, men sådana saknas generellt sett inom kommunerna. Här hänvisas till det regionala arbetet runt avtal för samverkan, se ovan.

3.2 Öppenvårdspsykiatri

Organisatorisk samverkan

Bilden av den organisatoriska samverkan som kommunerna gett bekräftas av öppenvårdspsykiatri. Det beskrivs att i en av kommunerna har delar av denna samverkan stannat av senaste året från att ha varit kontinuerlig under lång tid. Omorganisation och byte på ledningsnivå i kommunorganisationen har gjort att man inte träffats kontinuerligt. Verksamhetscheferna inom öppenvårdspsykiatri är dock mycket angelägna om att samverkan utvecklas och sådana initiativ har också tagits.

Att man skall samverka finns med i öppenvårdspsykiatriens måldokument, men formerna för detta är inte dokumenterat utan ska formas lokalt.

Operativ samverkan

Öppenvårdspsykiatri beskriver i alla kommuner att det finns en samverkan som byggts upp under åren runt brukarna och som involverar olika yrkesgrupper. En av de inblandade uttryckt dock att ”vi sitter i skyttegravar och kastar pajar på varandra”. Med detta menas att man har en mängd åsikter kring vad den andra huvudmannen ska göra i stället för att mötas i resonemang kring hur man samverkar bäst runt brukaren.

Samverkan som har sin utgångspunkt runt ett gemensamt ansvar för den enskilde behöver komma i fokus på ett bättre sätt framkom med all tydlighet under intervjuerna. Man försöker dock alltid att vara tillgängliga och i en kommun har kommunverksamheterna/de särskilda boendena utsedda kontaktpersoner från psykiatri. Synpunkter finns i denna kommun som beskrivits ovan runt delar av öppenvårdsverksamheten avseende synen på brukarna och deras möjligheter att delta i dagverksamhet.

Målgruppen missbrukare de s.k. dubbeldiagnoserna arbetar man med, men det finns alltid mer att göra inte minst i samverkan. I Karlstad pågår en planering för att starta ett team runt denna målgrupp inom öppenvårdspsykiatri. Här menar kommunen att man borde vara med i denna planering.

Mandat

Man känner till varandras mandat/uppdrag översiktligt, dvs. den nationella lagstiftningen, men är samtidigt medveten om att mandatet borde klargöras på ett bättre sätt. Förutsättningarna ändras i samband med ex.vis omorganisationer och byte på tjänster.

Tid/resurser

Det fördes fram att tiden för samverkan finns, men att den inte alltid prioriteras. Om resurserna samordnas så har vi gott om resurser även om var och en inte alltid har alla resurser tillgängliga så som man skulle önska påtalades i intervjuerna.

Referensram

Alla påtalar vikten av att ha en gemensam referensram där kunskap om varandras område och att lita till var och ens professionalism är viktigt. Gemensam utbildning skedde i samband med psykiatrireformens intåg 1995 och visst har man utbildats gemensamt efter det vid särskilda aktiviteter. Någon utbildning som inneburit träning/utveckling av samverkan mer metodiskt har inte skett. Man har inte heller omvärldsbevakat/inventerat målgrupperna hur de ser ut nu och i framtiden och ser positivt på om det skulle komma till stånd.

3.3 Arbetsseminarium

Arbetsseminarium genomfördes 8 februari med ca 45 deltagare som representerade de skilda verksamheter som intervjuats. Under arbetsseminariet presenterades de preliminära slutsatser kring samverkan som konsulterna dragit med utgångspunkt från genomförda intervjuer samt akt/journalgranskningar. Vid efterföljande gruppdiskussioner diskuterades såväl dessa slutsatser som vad som lokalt kan göras för att utveckla samverkan. Gruppsammansättningen gjordes så det skulle vara deltagare från både kommun och respektive klinik i varje grupp för att öka förutsättningarna att få en allsidigt belyst diskussion.

Under gruppdiskussionerna kring konsulternas preliminära slutsatser framkom att man i allt väsentligt höll med om dessa, även om man också pekade på att det finns nyanser i förhållandena vid de olika klinikerna och kommunerna. Speciellt trycktes det på att det fortfarande finns en okunskap kring varandras uppdrag och prioriteringar. Detta gör i sin tur att förväntningarna på varandra kan vara felaktiga. Vidare menade man att det finns flera exempel på organisatorisk samverkan. Den har kanske inte än fått det innehåll som är önskvärt, men det finns dock en grund för det fortsatta förbättringsarbetet. Ex vis redovisades från Kristinehamn att man nu startar upp ett försök att på ett mer strukturerat sätt bygga upp den organisatoriska samverkan.

För det fortsatta arbetet med utveckling av samverkan pekades på vikten av att det från ledningsnivå tydligare ges uppdrag lokalt att samverka och att rutiner för såväl den organisatoriska som den operativa samverkan slås fast. Man hoppas på att det ska bli ett resultat

av de diskussioner som pågår, men många menar också att frågan om en strukturerad samverkan diskuterats allt för länge och ifrågasätter om det kan bli ett resultat.

Vid arbetsseminariet framkom flera uppslag och planer på fortsatt utveckling av det lokala samverkansarbetet. Som exempel fördes fram följande:

- Utse en ansvarig person per huvudman för att driva samverkan
- Definiera och kartlägg målgrupperna gemensamt; vilka grupper som finns samt hur många
- Utveckla nya samarbetsformer i arbetet kring psykiskt sjuka missbrukare, kanske utveckla gemensam specialgrupp
- Utveckla samverkan mellan missbruksenhet och psykiatrimottagningen.
- Initiera regelbundna inbokade träffar för information om organisation och arbetssätt
- Planering av gemensam kompetensutveckling kring specifika gemensamma grupper
- Skapa projektgrupper som träffas för erfarenhetsutbyte samt för att inventera behov
- Tänk om vad gäller organisation. Passar organisationen till verkligheten?
- Nödvändigt med en psykiatrinämnd inom LiV
- Utveckla mellanvårdsformer som ofta fattas, ex vis en sviktplats vid kris ger möjlighet till hjälp vid insatser typ medicin, sociala insatser etc.
- Ta steget till ett gemensamt huvudmannaskap för psykiatrin.

Under arbetsseminariet diskuterades också mycket kring att snabbt söka del av de speciella medel som riksdagen beslutat avsätta under 2005 och 2006 för att stimulera gemensamma utvecklingsinsatser avseende verksamhet, tillgänglighet och förbättrad samverkan. De länsspecifika medlen uppgår för Värmlands del till drygt 12 Mkr under perioden.

4. Brukarperspektivet

4.1 Intervjuer med brukare

Brukarna som intervjuats beskriver i stort sett att man är nöjda med de insatser man får från parterna. En av de intervjuade beskriver att man träffas regelbundet för att diskutera hur det har varit och kring framtiden, vad som behövs och hur stödet skall utformas. Samma brukare har ibland känt att stödet på helger har saknats från psykiatrin, när kontakter har tagits med regionens psykiatri. En av brukarna träffar parterna var för sig och en annan brukare träffar psykiatrin via boendet. Kommunens företrädare är inte med varje gång där.

4.2 Akt/journalgranskningar

Totalt har 18 akter/journaler granskats för 9 personer där samma personers akter/journaler följts mellan huvudmännen. Akterna har granskats med utgångspunkt på om samverkan dokumenterats i journalerna.

I flertalet akter kan inte spåras någon speciell samverkan mellan kommunen och öppen-vårdspsykiatri utifrån genomförd dokumentation. Inget gemensamt uppdrag finns formulerat utifrån vad var och en ska bidra med för insatser kring den enskilde och inte heller någon gemensam planering. Undantag finns, dokumentationen från två brukares akter visar på en tydlig samverkan där man haft kontakt och planerat insatserna för den enskilde som också i ett av fallen varit med kontinuerligt.

Den tydligaste samverkan som kan spåras mellan huvudmännen i akterna/journalerna är kring utskrivningssituationerna från slutenvården. Vid dessa tillfällen är vårdplaneringarna dokumenterade från båda huvudmännen.

I ett par journaler finns frekventa anteckningar kring rådgivningssituationer, alltså där kommunens personal hört av sig för att från aktuell läkare få råd kring olika situationer, i ett par fall situationer bedöms som att de kan bli allvarliga.

En notering från aktgranskningarna är den omfattande tid som dessa personer tar i anspråk hos varje huvudman. Detta tydliggör ytterligare att en bättre samverkan kanske totalt sett kunde minska denna tid och att insatser kanske kunde sättas in i ett tidigare skede.

5. Analys och kommentar

Det är viktigt att peka på att det finns en positiv grundsyn på samverkan och en vilja att det ska utvecklas något bra. Om ett utvecklingsarbete startar utifrån de intentioner som förts fram i denna och andra rapporter kommer också samverkan att ha en förutsättning att utvecklas och fungera på den lokala nivå – den nivå som är av betydelse för de som är i behov av olika insatser. Om inte så finns i stället risk för att enskilda inte får tillgång till de insatser som kan behövas eller att insatserna inte blir så slagkraftiga som de skulle kunna bli om de samordnas.

5.1 Organisatoriskt perspektiv

Den organisatoriska samverkan fungerar på flera håll så till vida att man har regelbundna träffar på ledningsnivå. Dessa har dock oftast karaktären av ömsesidig information och tar inte fasta på planering och uppföljning av samverkan eller diskuterar gemensamma aktiviteter. De problem som finns kring samverkansfrågorna förs alltså inte upp till en beslutsnivå vilket skapar otydliga strukturer på andra håll inom organisationerna.

Att få till stånd en fungerande samverkan tar tid och måste byggas. Det behövs därför för det första en gemensam plattform för samverkan som kan verka över en längre period. Det arbete som i ”gränssnittsprojektet” bedrivits sedan 2002 för att skapa ett inriktningsavtal, beskrivet under 2.1, har haft som ambition att skapa detta. Genom det grundläggande dokumentet ska mandatet slås fast och de ansvarsgränser som gäller klaras ut.

Mellan den psykiatriska öppenvården och varje kommun behöver sedan det övergripande dokumentet omsättas till verklighet och man måste vara överens lokalt. I ett arbete som bedrivits parallellt med det att få till stånd inriktningsavtalet, också beskrivet under 2.1, pekas på ett flertal samverkansområden för personer med psykiska funktionshinder samt inom vilka områden man bör arbeta vidare med lokalt för att skapa avtal kring.

En fördel är också om det i en lokal överenskommelse kan förtydligas vilka resurser som ställs till verksamhetens förfogande. Genom ett sådant klarläggande förtydligas vad man kan ”bidra” med för att det gemensamma uppdraget ska kunna fungera. Genom förtydligandet avseende resurser minskar också risken/känslan av att verksamhetsansvar förskjuts från samverkansparten eller att krav ställs på åtgärder från annan part för att de egna resurserna inte är tillräckliga. Om resurserna förändras måste också grunden för samverkan ändras.

Ett flertal insatser har genomförts under de senaste åren med syftet att stärka samverkan mellan huvudmännen. I dagsläget finns dock inte något dokument färdigt för beslut utan förslagen remissbehandlas. Det är givetvis väsentligt att frågan om att skapa dokumenten kring samverkansfrågor får ta tid, man måste dock ta med i beräkningen att det innan frågan gått så långt att det finns en färdig lokal överenskommelse tar ytterligare tid efter det att de centrala överenskommelserna är klara.

I granskning från februari 2004 kring samverkansfrågorna runt barn- och ungdomspsykiatrin pekades på vikten av att styra utvecklingsarbetet tydligare. Samma synpunkter får gälla även i denna fråga och vi menar att det fortsatta utvecklingsarbetet bör drivas med utpekade ansvariga och krav på resultat i ett tidsstyrt projekt. Om det går en längre tid utan synbara resultat finns annars risken att verksamheterna tröttnar och att den ambition som fortfarande finns minskar.

5.2 Operativt perspektiv

Det finns en samverkan kring den enskilde som till vissa delar fungerar bra. I de fall man samlas kring olika ärenden fungerar det i de flesta fall på ett bra sätt och kvaliteten i insatserna blir bra. I andra fall fungerar den dock inte bra.

Hur den operativa samverkan ska se ut måste kopplas till ovanstående fråga och vara en följd av en lokal överenskommelse där ansvarsförhållandena och resurser klaras ut. Så länge oklarheter finns kring detta finns också risken att enskilda personer ”faller mellan

stolarna” och inte får det stöd och den hjälp de behöver, ofta från flera aktörer. I andra fall kan i stället bristen på samverkan medföra att liknande eller konkurrerande insatser ges från flera håll.

5.3 Mandat

Då tillräcklig kunskap om varandras arbetsområden saknas finns det mycket uppfattningar om vad andra ska göra. För att motverka detta skulle gemensam kompetensutveckling vara av värde.

I och med att ansvarsfördelningen inte är klarlagt inträffar också att man från ömse håll har mycket synpunkter på vad den andra parten ska göra eller borde ha gjort. Det pekar också på nödvändigheten att klargöra frågan.

Det har framkommit en önskan från kommunerna att gemensamt bygga upp förebyggande verksamheter, utifrån ett folkhälsoperspektiv möta en begynnande psykisk ohälsa med olika kompetenser. Hur detta ska kunna planeras behöver ytterligare diskuteras.

Frågan om länsverksamheter ställs på sin spets när det gäller arbetet kring missbrukare. Oavsett ambitionen och viljan från landstingets verksamheter, är det ett faktum att kommuner utanför Karlstad inte riktigt känner att det är en verksamhet alla har tillgång till. Nuvarande verksamheter har byggts upp tillsammans med Karlstad och fungerar bra i förhållande till dessa önskemål. Det är dock rimligt att en tydligare diskussion kring hur denna del av länsverksamheten ska vara anpassad för att svara upp mot även andra kommuners behov och önskemål.

Såväl vid den organisatoriska samverkan som vid den operativa är det för att samverkan ska fungera utan tidsödande byråkrati, nödvändigt att de parter som möts har samma mandat. Det betyder att man ska vara utrustad med mandat att inom givna ramar besluta i en fråga, utan krav på förankring vid annan instans. Det betyder också att man ska ha tillräckliga mandat för att kunna arbeta med det lokala utvecklingsarbetet. I det fortsatta arbetet behöver detta säkerställas.

5.4 Tid/resurser

Det finns hos samtliga inblandade en stor ambition att arbeta med den enskildes bästa för ögonen och man lägger ner mycket energi på att det ska fungera med olika insatser. Samtliga menar sig också ha tid att samverka och att man när det gäller enskilda ärenden får ta sig den tid som är nödvändig. Samverkan på det organisatoriska planet har ibland fått stryka på foten vid resursbrist men tid för den operativa samverkan prioriteras.

Resursfrågan diskuteras hos samtliga utifrån att man givetvis alltid kan önska något mer, man är dock medvetna om att det inte tillhör dagens ekonomiska verklighet att få något

större tillskott totalt sätt utan att utökningar inom detta område oftast handlar om ändrade prioriteringar. Vilka resurser som behövs beror på det uppdrag man har och i denna fråga hänger resurstilldelningen ihop med det som pekats ut tidigare som nödvändigt, att överenskommelser träffas såväl centralt som lokalt kring ansvarsfördelning. Resurserna är då en konsekvens av denna och det fortsatta arbetet med lokala avtal får peka på detta.

6. Fortsatt utvecklingsarbete

Att samverkan fungerar smidigt och resultatnriktat är avgörande för att den enskilde ska få adekvata och tillräckliga insatser. För den enskilde är det av största vikt att gränserna mellan huvudmännens ansvarsområden är logiska samt att de inte medför något egentligt avbrott i nödvändiga insatser.

Det är ett antal faktorer som bör uppfyllas för att samverkan ska kunna ha förutsättning att utvecklas och fungera på avsett sätt. Föreliggande granskning visar att mycket fungerar bra men en del brister i dessa förutsättningar redovisas också liksom utvecklingsförslag.

- Slutför arbetet med den gemensamma regionala överenskommelsen.
- Skapa lokala överenskommelser där ansvarsgränser, mandat, tid/resurser och utbildning/utvecklingsfrågor klargörs.

Framförallt saknas en viktig utgångspunkt för samverkansarbetet, gemensamma överenskommelser som tydligare klarar ut ansvarsfrågor, samverkansformer, vilka resurser som ställs till verksamhetens förfogade, gemensamma aktiviteter, inriktningsbeslut m.m. Sådana överenskommelser behöver träffas på såväl central som lokal nivå, med ett utrymme och mandat att lokalt klara att forma verksamhet och samverkan efter lokala förutsättningar. Så länge oklarheter finns kring detta finns också risken att enskilda personer "faller mellan stolarna" och inte får det stöd och den hjälp de behöver, ofta från flera aktörer. I andra fall kan i stället bristen på samverkan medföra att liknande eller konkurrerande insatser ges från flera håll.

- Ansvariga bör utses för utvecklingsarbetet som skall vara tidsstyrt i företrädesvis projektform.

Det fortsatta utvecklingsarbetet bör drivas med utpekade ansvariga och krav på resultat i ett tidsstyrt projekt. Om det går ytterligare tid utan synbara resultat finns annars risken att verksamheterna tröttnar och att den ambition som fortfarande finns minskar.

- Hur och om gemensamma förebyggande verksamheter skall byggas upp bör planeras.

Det har framkommit en önskan från kommunerna att gemensamt bygga upp förebyggande verksamheter, att utifrån ett folkhälsoperspektiv med olika kompetenser möta en begynnande psykisk ohälsa.

- Kommunernas tillgång till länsverksamheten runt missbruksmålgruppen bör snarast klarläggas.

Frågan om länsverksamheter ställs på sin spets när det gäller arbetet kring missbrukare. Oavsett ambitionen och viljan från landstingets verksamheter, är det ett faktum att kommuner utanför Karlstad inte riktigt känner att det är en verksamhet alla har tillgång till. Det är rimligt med en diskussion kring hur denna del av länsverksamheten ska vara anpassad för att svara upp mot även andra kommuners behov och önskemål.

- Ansvariga bör utses från såväl kommunen som den lokala öppenvårdspsykiatrien med ett speciellt ansvar att driva och följa upp det lokala samverkansarbetet.

En fråga som fördes fram vid arbetsseminariet var att det lokalt ska finnas personer som har ett speciellt ansvar att driva och samordna samverkan. Denna idé bör förverkligas för att få ytterligare kraft i det kommande arbetet med samverkansfrågorna.