

Vård av psykiskt sjuka

Kulturskillnader mellan olika aktörer

Eva Hellquist

Peter Allebeck

Psykiatrireformen har som mål att förbättra levnadsförhållandena för psykiskt störda personer och deras närstående. En av de viktigaste förutsättningarna för att nå målet är att vårdgivare från olika organisationer samverkar. Strävan att utveckla samverkan har funnits sedan decennier, men resultatet är fortfarande tämligen magert på de flesta håll i landet.

I nedanstående artikel redovisas erfarenheter från ett samverkansprojekt i Göteborg mellan sjukvård och socialtjänst. Metoden har varit intervjuer med respektive bedömningsteam och deras projektledare. Som hinder i samverkan framstår skillnader i vårdideologi, vårdansvar och ansvarsgränser, värderingen av varandras kunskaper samt upplevda statusskillnader mellan professioner och kulturer. En särskild strategi torde krävas för att utveckla samverkansprocessen så att förändringar inte stannar vid organisatoriska mål.

Eva Hellquist är arbetsterapeut och forskare vid Avdelningen för Socialmedicin, Göteborgs universitet. Peter Allebeck är professor vid samma enhet.

Utvecklingen av den offentliga sektorns politiska och administrativa struktur under de senaste decennierna ställer nya krav på samordning mellan organisationer. Det gäller såväl mellan geografiskt områdesfördelade verksamheter som mellan olika specialistfunktioner med gemensam målgrupp. Det ställs nya krav på ett komplicerat nätverk av relationer mellan skilda organisatoriska strukturer, mål, traditioner arbetsformer och ideologier. Det skapas en grogrund för konflikter beträffande ansvarsförhållanden, ömsesidiga beroenden och motstridiga beslut (1).

Redan i socialstyrelsens Riktlinjer för 80-talets psykiatriska vård (2) slås fast att basresurserna för stödet

till människor med psykiska störningar är den kommunala socialtjänsten och primärvården. De flesta sjukvårdshuvudmännen har därför genomfört ett målmedvetet förändringsarbete, men påfallande är emellertid de stora skillnaderna i förändringstakt mellan olika sjukvårdsområden. En av de viktigaste orsakerna till detta är att samverkan mellan olika vårdgivare kommit olika långt i olika delar av landet (3).

I Göteborg är sjukvård och socialtjänst underställda en gemensam politisk ledning. Förutsättningar för samverkan mellan vårdgivare till psykiskt störda personer kan väl därmed sägas vara goda, men detta till trots har Göteborg inte förmått vara föregångare i uppbyggnaden av samverkan mellan psykiatri och socialtjänst. De senaste decennierna har många allvarliga försök gjorts, men organisationsförändringar och kulturella motsättningar har lagt hinder i vägen.

Under 1982 - 83 genomfördes i Göteborg en samordnad områdesindelning av kommunen i fem distrikt. Målsättningen var bl a att socialtjänsten, skolan och psykiatri, äldre- och primärvård skulle distriktsindela sina verksamheter i enlighet med en gemensam geografisk indelning. Ett av huvudmotiven var bättre samverkan och en tillämpad helhetssyn på servicen till medborgarna. En organisation för samverkan skapades i vart och ett av de fem distrikten (4).

1982 antogs Socialtjänstlagen som fastslog kommunens ansvar angående handikappades möjligheter till gemenskap i samhället. I ett kommunalt handikappprogram 1983 beskrevs behovet av samverkan för att öka möjligheterna till ett normaliserat, självständigt boende för människor med psykiska handikapp.

En central samordningsgrupp för sjukvårdförvaltning och socialförvaltning utarbetade 1987 ett samverkansdokument mellan parterna psykiatri och socialtjänst som innehöll ett förslag på hur samverkan skulle byggas upp rörande bl a boendefrågor (5).

1990 omstrukturerades hela den kommunala verksamheten i Göteborg och man monterade isär och fördelade de gamla förvaltningarna på 21 Stadsdelsnämnder med tillhörande stadsdelsförvaltningar. Psykiatrien som fortfarande var distriktindelad i fem kliniker skulle nu samverka med en helt ny organisation bestående av 2-6 stadsdelar per region.

1992 gjorde man en ny omorganisation av psykiatrien som innebar att de fem klinikerna slogs samman till två, Området för Psykiatri, Östra sjukhuset och motsvarande på Sahlgrenska sjukhuset. Vardera kliniken skulle nu samverka med tre regioner - 12 Stadsdelsförvaltningar respektive två regioner - 9 Stadsdelsförvaltningar.

Till strukturförändringen av den psykiatriska vården hör också minskningen av vårdplatser, främst på mentalsjukhus. Stora delar av sjukhemsvården har avvecklats, akut- och korttidsvården har alltmer förlagts till lasarettskliniker och den öppna psykiatriska vården har utökats. (6) I Göteborg minskade antalet vårdplatser per 1000 inv. från 3,9 1991 till 0,89 1995 - riksgenomsnittet är 1,0 (utredning på Stadskansliet i Göteborg).

Därefter kom Psykiatrireformen 1995 som innebär nya förändringar och överföringar av verksamheter från sjukvården till kommunen. Utan överdrift kan väl sägas att möjligheten till en uppbyggd samverkan inte har underlättats på organisatorisk nivå.

Ett annat av hindren för utvecklingen av samverkansformer är att det i betydande grad saknas ett gemensamt synsätt (3). Socialtjänsten och psykiatrien vet för lite om varandras verksamheter och kompetens. Det finns stora skillnader mellan den verklighet som man möter inom socialtjänsten respektive psykiatrien. De olika "kulturer" har en tendens att tala förbi varandra snarare än till varandra (7).

I flera svenska studier av attityder mellan vårdgrannar (8, 9) framkommer stark kritik emot psykiatrins verksamhet, men också en ömsesidig misstro mellan primärvård, socialtjänst och från psykiatrins sida gentemot fr socialtjänsten.

Socialmedicinska avdelningen gör på uppdrag av kommunen en uppföljning av processen i Psykiatrireformen utifrån några olika perspektiv. I en första rapport som handlar om ledarskapets betydelse (10) bekräftar denna misstro och den torde alltså i hög grad gälla även för Göteborgsförhållanden.

Denna artikel handlar om samverkan i Göteborg och har som syfte att med hjälp av kvalitativ metodik be-

skriva kulturer i socialtjänst och sjukvård, identifiera viktiga kulturskillnader samt belysa hur dessa kan utgöra hinder för samverkan mellan organisationerna.

METOD

Vi gjorde en intervjuundersökning av personer som medverkar i utvecklingen av samverkan i reformarbetet utifrån olika utgångspunkter. Chefer i 18 av Göteborgs 21 stadsdelar och de två chefsöverläkarna i psykiatrien samt medlemmarna i ett bedömningsteam sammansatt av sjukvårdsrepresentanter och socialsekreterare och dess projektledning intervjuades. Bedömningsteamet bestod av 5 teammedlemmar och 3 projektledare.

Halvstrukturerade intervjuer användes med olika intervjuformulär för chefer, teammedlemmar och projektledare. I intervjuerna med SDF-cheferna och Chefsöverläkarna gällde det frågor kring yrkesbakgrund och uppfattning om "motparten" i samverkan. I intervjuerna med teammedlemmar och projektledning användes frågor som rör uppfattningar om den egna kulturen och om upplevelser tidigare av "motpartens" kulturyttringar.

Alla intervjuerna genomfördes av en intervjuare som också analyserade innehållet kvalitativt. Intervjuerna genomfördes på intervjupersonernas tjänsterum och tog 1,5 timma för chefer och projektledare och 2,5 timmar för teammedlemmar. Samtliga intervjuer gjordes utan bandspelare.

Intervjувaren har sammanställts och analyserats gruppvis enligt följande:

Grupp 1 = 2 Socialsekreterare i bedömningsteamet och 2 projektledare från Socialtjänsten.

Grupp 2 = 3 sjukvårdspersonal i bedömningsteamet och 1 projektledare från sjukvården.

Grupp 3 = 6 SDF-chefer med bakgrund i socialtjänsten.

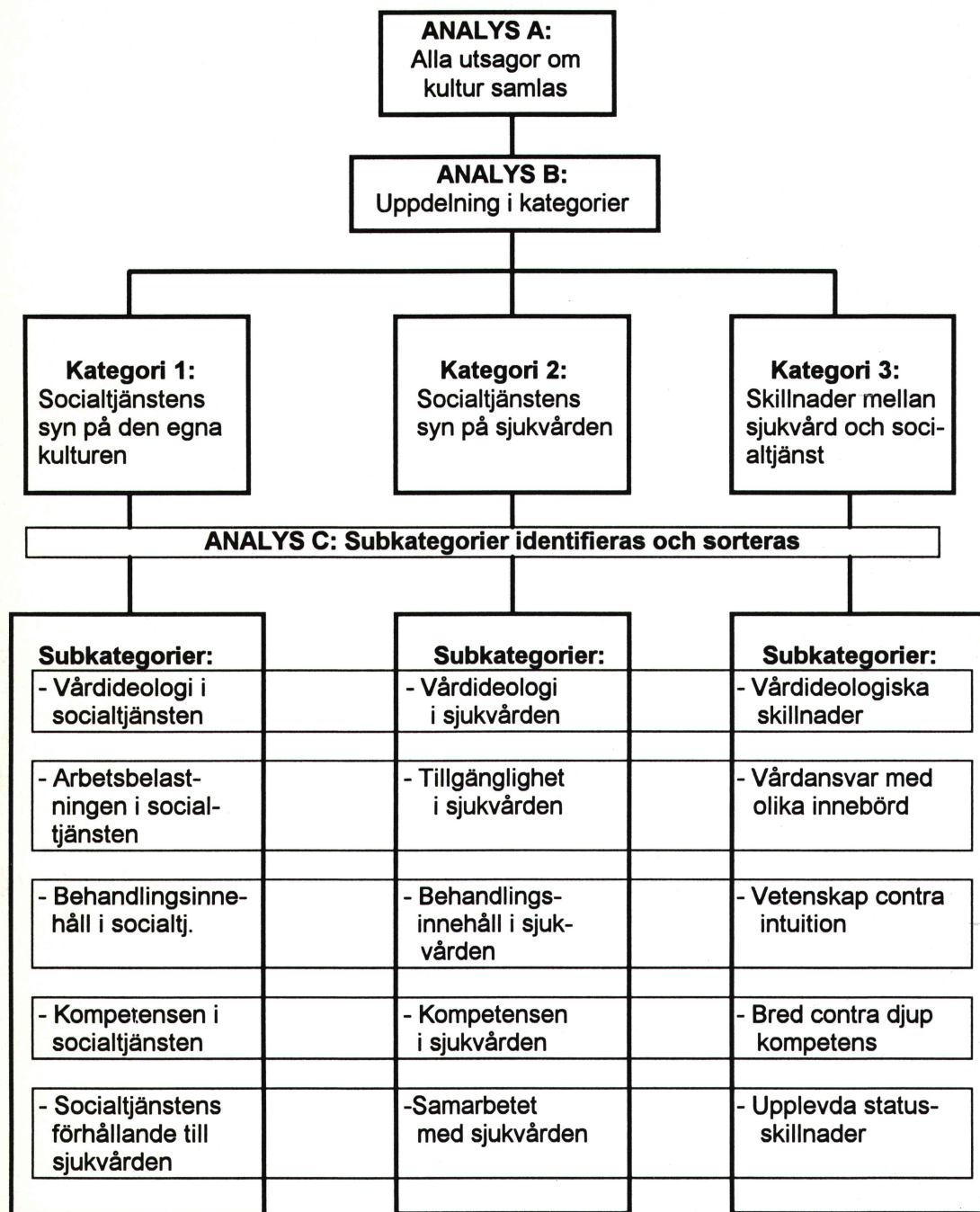
Grupp 4 = 6 SDF-chefer med bakgrund i ekonomi/teknik

Grupp 5 = 6 SDF-chefer med bakgrund i skola/fritid

Grupp 6 = 2 Chefsöverläkare i psykiatrien

Varje intervjuperson är ett "case" och metoden för analys är "cross-case analysis" enligt Patton (11). De intervjupersoner som tillhör samma yrkesgrupp har analyserats och jämförts sinsemellan. Bearbetningen har skett stegvis enligt följande:

Analys A: I intervjувaren markerades allt som uppfattades som utsagor om kultur, uttryck för kultur i form av åsikter, attityder, synsätt och erfarenheter, relationer, metoder, utveckling, utvärdering samt förväntningar. Intervjuerna sammanställdes gruppvis enligt indelningen ovan.

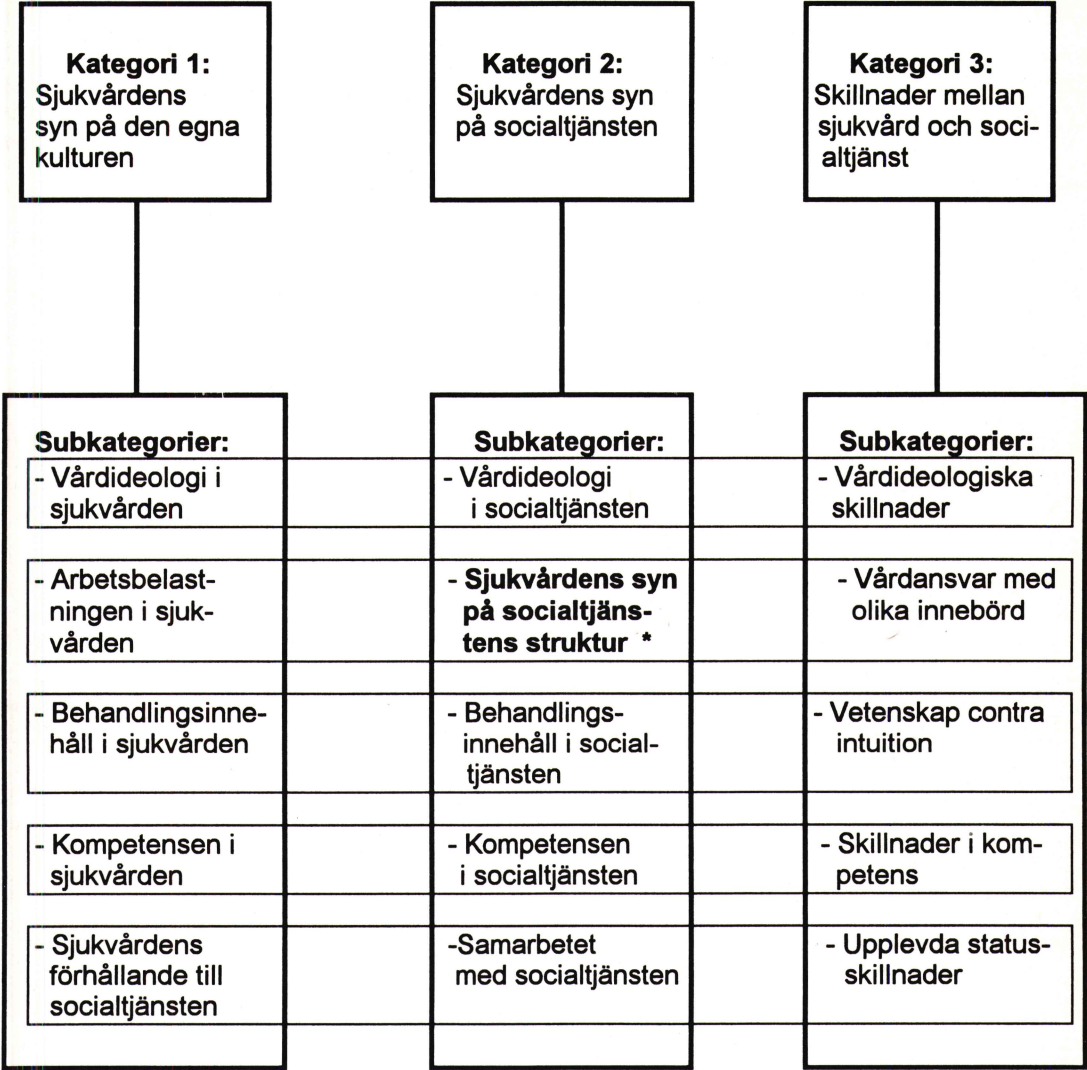


Analys B: Därefter identifierades kategorier i materialet. Tre kategorier framträdde där kulturyttringarna kunde indelas under rubrikerna:

Kategori 1. Uttryck för den egna kulturen inom socialtjänsten/sjukvården.

Kategori 2. Socialtjänstens syn på psykiatrin och vice versa.

Exempel 2: Grupp2. Teammedlemmar och projektledare från sjukvården.



* Avvikande subkategori

Kategori 3. Synen på skillnader i förutsättningar mellan socialtjänst och sjukvård.
Dessa kategorier framträdde hos såväl sjukvårdsrepresentanter som personer från socialtjänsten i både teamet och projektledningen.
Analys C: De tre kategorierna analyserades därefter och nya *subkategorier* framträdde. Som exempel återges hela analyschemat för grupp 1 ovan. Några subkategorier återkom under flera kategorier och dessutom hos flera av grupperna. Dessa rörde framför allt vård-

ideologi, kunskap/vetenskap, och förhållandet till ”motparten” i samverkan. En del av analyschemat för grupp 2 återges för att illustrera avvikelserna i subkategorier.
Analys D: Jämförelse mellan grupperna 1 och 3 - 5 och grupperna 2 och 6.

Socialtjänstens bild av den egna kulturen och relationen till psykiatri
Vårdideologi
Socialtjänstens vårdideologi är präglad av helhetssynen

på människan. I praktiken saknar den dock betydelse eftersom den inte går att leva upp till i vardagen på grund av arbetsbelastning och samhällsekonomi. Dessutom finns en eklektisk tradition som gör att vårdideologin kan skilja mellan olika handläggare och olika socialbyråer.

"Jag höll på att säga - har vi nån (vårdideologi?) "man skall se till hela människan, demokrati, helhetssyn och allt det här, det är fint, men i praktiken är den kanske inte så att allt levs upp till..." "Varierande ideologi men kulturen befrämjar pragmatiskt förhållningssätt" "Har inte någon enhetlig vårdideologi. Det skiljer från person till person, från byrå till byrå..."

I relationen till klienten tar socialsekreteraren ofta hjälp av psykodynamisk teori. Man går psykoterapiutbildning och får handledning av psykoterapeuter. Detta påverkar vårdideologin och relationen till klienten även om man vanligtvis inte ger psykoterapi som huvudåtgärd.

"Många har en psykodynamisk grund" "...synen på psykoterapeuter har varit förebild för socionomen... jag vill helst jobba med psykologiskt stöd... att vara fixare är inte så kul..."

Man ser både arvet och miljön som orsak till klientens problematik men man betonar miljöns påverkan och är starkt avvisande till att sätta en diagnos på individens problem eftersom det upplevs som en lättvindig undanflykt då det förekommer i sjukvården

"Jag tror att de (psykiska störningar/sjukdomar) har sin grund i barndomen, i miljön och samspelet med föräldrarna. Jag häpnar över att folk har överlevt..." "Vid inventeringen - ett jättemotstånd mot att säga att klienterna är psykiskt störda..."

Kritik riktas mot sjukvårdens vårdideologi. Socialtjänsten anser att man betonar diagnosen på bekostnad av helhetssynen på patienten och att det förekommer alltför mycket tvång.

"I Göteborg är man fast i det här lite föräldrade" "Jag tycker det är för mycket diagnosinriktat - mer helhetssyn..." "Fel att tvinga någon."

Vårdideologiska skillnader

I mötet mellan socialtjänst och psykiatri upplever socialtjänsten att det går en skarp skiljelinje mellan vårdideologierna. Framför allt uppfattar man skillnader i åsikter beträffande diagnostisering och behandling av psykiska problem. Socialtjänsten ser diagnosen som en reduktion av problemen och undviker därför att själva kategorisera den problematik man möter hos klienter. Medicinen ses som en förenklad lösning och man upplever att psykiatri är negativ till psykoterapi.

"Man jobbar utifrån olika synsätt..." "Synen på psykoterapi och

medicin har upplevts som ett hinder i samverkan."

På grund av de stora skillnaderna i vårdideologi försökte socialsekreterare tidigare förhindra att klienterna hamnade i psykiatri. Istället köpte man vård på behandlingshem.

"Misstänksamhet, 'rädda folk undan psykiatri' finns på socialkontoren." "Vi köpte vård på behandlingshem som alternativ (till sjukvård)".

Vårdansvar med olika innebörd för sjukvård och socialtjänst

Det är oerhört svårt att ta sig in i sjukvården och sedan man väl kommit in, är man ute igen efter ett par dagar. Man utesluter folk genom att ställa dem på kö och det dröjer alltför länge från det en person börjar bli psykiskt försämrad och tills dess det skrivs ett vårdintyg. När socialtjänsten behöver insatser från läkare eller psykolog kan det ta ett halvår från att remissen skrivs tills dess man får kontakt

"...man måste slå sönder väntrummet för att komma in..." "Sjukvården kan ställa folk på kö..." "det är många som far illa som inte är vårdintygsmässiga..." "socialsekreterare har ofta ett behov av att arbeta med läkare och psykologer, men de är krångliga att få tag på... nu måste vi jaga sjukvården"

I samarbetet med sjukvården upplever socialtjänsten att psykiatri inte tar sitt ansvar när man stänger ut patienter som socialsekreteraren blir sittande med i knäet eftersom man har det yttersta ansvaret för sina klienter. Dels skickar psykiatri över patienter som man misslyckats med och dels vältrar man över ansvaret för allt svårare patientgrupper som inte längre kan få vård pga nedskärningar. Förutom detta kan sjukvården hålla patienter ifrån sig genom att sätta gränser och hävda en specifik målgrupp. Om patienten är omotiverad kan psykiatri släppa sitt ansvar.

"...psykiatri har tappat patienter och nu finner man dem hos soc..." "Det här med det yttersta ansvaret. Vi kan aldrig säga - detta är inte mitt bord. Det kan man säga i sjukvården... Sjukvården kan släppa folk som inte vill... Det man (soc) får känedom om har man utredningsskyldighet för..."

Det finns skillnader i vårdansvar på individplanet mellan organisationerna. Socialsekreteraren är ensam med sitt klientansvar medan det bara är läkaren i sjukvården som har det medicinska ansvaret och övrig personal är underordnad detta.

Läkare och psykologer är krångliga att få tag på

Sjukvården skickar ofta fram andra för att samtala med socialtjänsten och de måste fråga läkarna i sin tur

"Vi socialsekreterare har ett vårdansvar på ett annat sätt.." "Sjukvården har fler yrkesgrupper och en annan ansvarsfördelning. Vårdansvaret ligger hos socialsekreterarna. Om de skall vända sig till vårdansvarig i vården så blir det läkarna. Sjukvården skickar ofta fram andra för att samtala med soc. tjänsten och de måste då fråga läkarna i sin tur"

Socialtjänstens uppfattning om behandlingsinnehåll i psykiatri

Behandlingsinnehållet anser man är svårbedömt, men uppfattningen är att man har en gammalmodig syn som gör människor till tablettmissbrukare. De korta vårdtiderna gör att man bara förvarar personerna en kort tid i vårdmiljöer som inte är terapeutiska och skickar sedan ut dem i verkligheten igen utan någon uppföljning

"..psykiatrikern medicinerade alla tidigare och de blev vårdkollektiva.." "att bara medicinera och gå därinne en tid, sen skall man ut i verkligheten igen.." "är man väl in dem så är de ute igen efter tre dagar.." "man följer inte upp dem som skrivs ut - även om man haft årtals kontakt."

Behandlingsinnehåll i socialtjänsten

Socialsekreterarna upplever sig som lyhörda för klientens behov och önskemål, man betonar mötet med klienten och ser sig som processinriktade i kontakten.

"Vi sysslar med bistånd som skall betalas ut, vi måste ta hänsyn till folks vilja" "Mötet (med klienten) som är det viktiga.." "Soc är mer processinriktad.."

Förutsättningen att klientens vilja skall styra ställer ibland till problem eftersom den är svårt att argumentera emot.

"Att vara lyhörd, folk vill hit och dit och ibland kan det vara alldeles galet. Om personen är med så kan behandlingshemmet vara hur bra som helst. Många har fått det lite bättre. Svårt att veta vad det beror på.." "Vi visar klienten och de får känna efter. Det är svårt att veta om klienten klarar en viss behandling" "Att ständigt hitta en 'ny' behandling som 'skall hjälpa'. Alla går in 'med hull och hår' i det nya och sen kommer besvikelsen."

Myndighetsutövningen i socialtjänsten står på vissa sätt i motsatsställning till förutsättningen att följa klientens vilja. Detta skapar ett dilemma för den enskilde handläggaren.

"Soc. har både hot och stöd och det är balanserat men svårt att utveckla" "LVM är till mer skada än nytta - jag har inte sett

något lyckat fall.." "LVM-lagen är jag skyldig att följa. Det är det värsta som finns....att fatta beslut, man diskuterar med alla, chefer, länstyrelsen, arbetskamraterna..."

Effekterna av arbetsbelastningen

Socialsekreteraren lever under trycket av en enorm arbetsbelastning och som förstärks av det yttersta ansvaret för den som sökt deras hjälp.

"Eftersom soc har det yttersta ansvaret är man tvungen att agera.." "Vi är präglade av resursbristen... Ekonomins inverkan och arbetsbördan är enorm... mycket tid går åt till att hålla folk ifrån sig." "Nej, inga särskilda frågor (som jag engagerat mig i)" "Fullt upp med det löpande - hålla undan -" "...men man skrapar bara på ytan..."

Genom den enorma arbetsbördan blir man konservativ gentemot nyheter som inte ger direkt avlastning av den egna arbetsbördan.

"...men jag utvecklas inte. Möjligheterna är så begränsade. Jag har haft ett 50-tal klienter...Skulle velat arbeta mer specialiserat, men trycket är där hela tiden." "Om man har mycket kan man inte ta in nånting..."

Kompetensen i socialtjänsten

Den terapeutiska relationen till klienten har oftast stöd-karaktär medan psykoterapeutiska behandlingsinsatser mestadels utförs av andra än socialsekreteraren själv.

"Steg 1 t ex gav nya pusselbitar som föll på plats" "Rent faktiskt är det nog problemlösarstilen som behandlare... Vi arbetar i en sån kultur.." "Det finns några långa kontakter, men det är inte psykoterapi" "(mycket handlar om stöd - nån att berätta sin historia för...".

Han/hon samordnar oftast andras åtgärder runt klienten.

"vi har kanaler till bostäder och arbetsförmedling plus behandlingshem. Vi är som spindlar i nät - vi känner till andra behandlares insatser och kan rikta dem åt samma håll.." "Vi känner till olika behandlingsformer och har en bred bild av behandlingsalternativen och samarbetar med många."

Eftersom man är misstänksam emot sjukvårdens behandling, ville man erbjuda alternativ. Man valde då att köpa vård från olika externa behandlingshem.

"vi köpte vårt på behandlingshem som alternativ - till sjukvård. Vi hade ingen kunskapsbas att stå emot med. Vi gick efter principen - ladda - skjut - sikta.." "Vi visar klienten och de får känna efter. Det är vårt att veta om klienten klarar en viss behandling..."

Socialsekreterare visar ett motstånd mot dokumentation och systematisering av kunskap. Detta skapar svår

Eftersom man är misstänksam mot sjukvårdens behandling vill man erbjuda alternativ

righeter i bedömningen av arbetsresultat man upplever en stor risk att man inte kan hävda sin kompetens gentemot sjukvården p g a detta

"Våra resultat styrs av att de som kommer till oss har misslyckade behandlingsförsök bakom sig." "...om man granskar soc. så tittar man på dokumentationen och det blir oräddvinst - dokumentationen är dålig p g a dåligt självförtroende" "däremot är behandlingsresultaten på byråerna bättre än man tror"

Socialtjänstens syn på kompetensen i sjukvården
Kompetensen inom sjukvården är man både attraherad och misstrogen emot. Man tycker att det är en stor tillgång att arbeta med läkare och psykolog

"..det är perfekt att ha tillgång till läkare och psykolog.." samtidigt som man anser att det finns en övertro på vad man kan åstadkomma med diagnos, medicinska insatser och tjugosiga beskrivningar av vad man gör.

"Sjukvården har en övertro på vad man kan åstadkomma. Ofta luftslott."

Man tycker att sjukvården skriver ut patienter som man misslyckats med i sin behandling varefter dessa hamnar i socialtjänsten.

"..sjukvården skriver över dem som de inte lyckas med eftersom vi har det yttersta ansvaret"

Trots den massiva misstron finns det en del metodfrågor där socialtjänsten kan lära sig en del av psykiatri.

"Soc kan ta till sig tydligheten" "...sjukvården har en helt annan tyngd i det här sättet att arbeta"

Det man saknar är en mer strukturerad professionalitet, såsom den framstår i sjukvården.

"Att man höjer professionaliteten och att den är så skiftande - mer struktur...(i socialtjänsten)"

Samtidigt vill man tillföra sin breda kompetens till sjukvården i samverkan.

"Det vi (soc) kan tillföra är metoderna att arbeta med nätverket."

Vetenskap kontra intuition

Den form av vetenskap som representeras av medicinsk, psykiatrisk kunskap har socialtjänsten inte ansett som värdefull

"Man blir bra på att göra tjugosiga beskrivningar" "...Man kan göra det enkelt för sig med diagnoser. Naturvetenskaperna måste också lära sig annan kunskap." "...läkarna har ett vetenskapligt sätt att arbeta på, det finns inte i socialtjänsten, men det kommer mer och mer - det är en skillnad."

Socialsekreteraren arbetar hellre utifrån en intuitiv, eklektisk modell som blir beroende av den personliga kreativiteten.

"Plockar bitar (av kunskap) här och där" "Vetenskap och beprövad erfarenhet har socialtjänsten liten tradition på..." "Skiftande kvalitet men olika kreativa lösningar.." "Vi har ett urval

Medicinsk, psykiatrisk kunskap har socialtjänsten inte ansett värdefull

av behandlingshem....vi visar klienten och de får känna efter...det går utifrån intuition"

Socialtjänstens samarbete med sjukvården

Socialtjänstpersonal är irriterade på psykiatri eftersom man upplever att man där har skurit ner verksamhet och att de patienter som inte längre kan beredas plats automatiskt hamnar hos socialtjänsten. Dessutom har de personer man möter med psykiska problem allteftersom nedskärningarna pågått blivit allt svårare att bemöta på ett adekvat sätt.

"Däremot upplever soc att psykiatri inte tar ansvar där vi själva sitter med klienterna i knät. Det är en gråzon där ingen bryr sig.." "Vi har fått ta mycket när man lagt ner...ta hand om individer som vi inte har kompetens för..."

Man upplever sig ovänligt bemött i sjukvården då man velat få till stånd ett samarbete

"..och då sa doktorn: jag diskuterar inte min patient med dig.."

"..kunde avdelningen ringa och meddela att patienten skulle skrivas ut och inte hade någon bostad... Man blir jättearg när sjukvården kräver bostäder."

Samtidigt betonar man att samarbetet är personberoende. Vårdidiologiskt har man stått långt ifrån varandra och sett på problemen hos klienten/patienten utifrån olika perspektiv.

"Om jag ser det utifrån mina kontakter som socialsekreterare så är mycket beroende på person..." "Mycket piller och diagnoser ..." "Man jobbar utifrån olika synsätt. Vi jobbar utifrån den sociala verkligheten och sjukvården utifrån diagnostisk bild."

Man känner sig som om man som personal har lägre status i jämförelse med t ex sjukvården därför att klienterna är socialt utslagna. Det gör att man hamnar i underläge gentemot sjukvården när man skall samverka.

"Styrkan sitter i statusen oavsett personalkategori. Sjukvården är nåt som alla begagnar sig av (allmänheten) men det är inte soc. - I soc är det bara utslagna." "Patienter är vi alla, medan "klient" förknippas med skuld och misslyckande." "Soc är nåt som alla kan sköta och mycket bättre. Alla har synpunkter på vad soc gör."

Socialtjänsten har dåligt självförtroende gentemot sjukvården också därför att den är mer strukturerad och vetenskapligt förankrad.

"Nånstans finns rädslan att sugas upp i sjukvården." "Att känna att det ena inte är sämre än det andra..."

Stadsdelschefer med olika kulturbakgrund

Jämförelse mellan socialtjänst och grupper av chefer

I en rapport (10) om ledarskapets betydelse för Psykiatireformens genomförande i Göteborg intervjuades 18 av 20 Sadsdelschefer. Intervjuerna gjordes inte primärt för jämförelsen med bedömningsteamets kulturbilder. Istället visade det sig vid bearbetningen av intervjuerna att det fanns likheter i resonemangen mellan SDF-chefer med gemensam bakgrund i tidigare yrkesliv. Dessa likheter sammanföll i tre grupper med 6 chefer i varje:

- tidigare yrkeserfarenhet av socialtjänst, grupp 3
- tidigare yrkeserfarenhet av ekonomi - teknik, grupp 4
- tidigare yrkeserfarenhet av skola - fritid, grupp 5

I en ny bearbetning av intervjusvaren utifrån de subkategorier som framkom i arbetet med denna rapport (se metoddelen) visade sig följande kulturbilder hos de olika grupperna av stadsdelschefer:

Vid en jämförelse mellan gruppen socialsekreterare och projektledare från socialtjänst å ena sidan och stadsdelschefer med bakgrund i socialtjänst å den andra, fanns en rad överensstämmelser. Dels återfanns flera subkategorierna från intervjusvaren i bägge grupperna och dels fanns god överensstämmelse i åsikterna inom subkategorierna. SDF-cheferna tillfrågades inte om kultur explicit utan gav uttryck för sina åsikter och attityder till Psykiatireformen, psykiatrin i Göteborg och samverkan. Att det trots detta finns gemensamma drag, ger en slags bekräftelse åt resonemangen om vad som är allmänna och inte personliga kulturyttringar i socialtjänsten.

Båda grupperna var kritiska emot psykiatrins alltför smala, diagnosinriktade vårdideologi. Man vill att sjukvården förändrar sitt "sjukdomsseende" och också uppfattar mer av de sociala problemens betydelse. Man ansåg vidare att det är svårt att bli inlagd som patient i psykiatrin och psykiatrin kan stänga människor ute genom att man ställs på kö. Den första gruppen anser att patienter skrivs ut alltför fort, medan "chefsgruppen" tycker att patienter institutionaliseras. Möjligen beror skillnaden på att det gått några år sedan SDF-cheferna hade direktkontakt med klienter.

Den första gruppen anser att patienter skrivs ut alltför fort medan 'chefsgruppen' tycker att patienter institutionaliseras

Båda grupperna är överens om att det som psykiatrin underlåter att göra för patienterna, det måste socialtjänsten ta hand om. Ju mer psykiatrin skär ner, desto svårare problematik, fler behandlingsinsatser och större behandlingsutbud måste socialtjänsten erbjuda. Samtidigt saknar man kompetensen för de allt svårare psykiska problem man möter.

Tidigare erbjöd man alternativ till psykiatrisk behandling genom köpt vård på behandlingshem och i psykoterapi. Motivet till den detta var kritik emot psykiatrin behandlingsinnehåll. Numera tvingas man istället av ekonomiska skäl att minska andelen köpt vård samtidigt som nya stöd- och vårdbehov uppstår som en följd av "det yttersta ansvaret". Man var kritisk till att psykiatrin har möjlighet att undslippa ansvaret för patientens liv utanför institutionen genom att inte följa upp och därmed "vältra över" ansvar på socialtjänsten.

Båda grupperna var också överens om att psykiatrin passiviserar patienterna med medicinering och att man inte bedriver den psykoterapi man egentligen borde. Man vill se en förändring emot en mer psykodynamisk grundsyn inom psykiatrin i Göteborg.

Beträffande inställningen till vad psykiatrin kan åstadkomma för patienterna så var gruppen socialsekreterare mer skeptisk än cheferna, som efterfrågade stöd från psykiatrin till personalen i stadsdelarna i samband med psykiatireformen.

Båda grupperna tyckte att samarbetet med psykiatrin var personberoende och därför mycket varierande. Man kände inte att psykiatrin tillräckligt värderar socialtjänstens kompetens. Man vill gärna tillföra sin breda helhetssyn till sjukvården men upplever att man inte där tagit emot möjligheten.

Sex stadsdelschefer med bakgrund i ekonomi eller teknik sammanfördes i analysen och jämfördes med gruppen socialsekreterare och projektledare inom socialtjänst. I intervjusvaren återfanns färre subkategorier jämfört med gruppen SDF-chefer med bakgrund i socialtjänst. Dessutom var man inte enig med socialtjänsten inom flera av subkategorierna. På frågorna som rörde innehållet i psykiatrin visade denna grupp stadsdelschefer betydligt större osäkerhet. Det var bara en i gruppen som uttalade sig utifrån upplevd kunskap. Sammantaget var dock denna grupp mer positiv till psykiatrin jämfört med tidigare grupper, undantaget de ekonomiska mellanhavandena och synen på organisationen.

Gruppen som helhet är kritisk till psykiatrins vårdideologi därför att det är krig mellan olika ideologiska

inriktningar, men också för att man anser att psykiatri använder medicinska lösningar på "icke-medicinska" problem. Man är positiv till de medicinska resultaten i psykiatri och man anser att det är en svår målgrupp man arbetar med.

Ekonomer och tekniker tycker att psykiatri har djup kunskap i medicinska frågor.

Förhållandet mellan SDF och psykiatri föranledde de flesta kritiska åsikterna om psykiatri. Framför allt handlar kritiken om ekonomi och organisation. Man är mycket kritisk till psykiatri nedskärningar och talar om förskingring. Man vill att psykiatri i högre grad skall leva upp till köparens förväntningar i fråga om information, bättre uppföljning och redovisning av vad man gör.

Beträffande organisation tycker man att tradition och skråtänkande rådde tidigare och att man var ovillig att lämna ifrån sig verksamheter i enlighet med Psykiatireformen. Samtidigt är man också positiv till en ny förändringsvilja hos psykiatri som man upplever finns på senare tid.

De sex SDF-chefer med bakgrund i skola eller fritid var mest negativa till psykiatri av alla grupperna. På subkategorier ur socialtjänstens kulturanalys återfanns och inom de som sammanföll var man mer negativ än socialtjänsten. Kritiken gällde huvudsakligen vårdideologi och samarbete.

"Riv institutionerna" utropar gruppen och hänvisar till boken "Ingen dans på rosor" och filmen "Gökboet". Ingen i socialtjänstgrupperna vill gå så långt. Snarare önskar man att sjukvården hade bättre resurser så att patienter inte skrevs ut så snabbt. Kritiken emot den biologiska traditionens sätt att ensidigt se medicinska lösningar på mänskliga problem är dock gemensam för alla grupperna. Denna grupp är också kritisk till den långtgående tvångslagstiftningen som riktas emot psykiskt sjuka. Socialtjänsten är inte kritisk på den punkten.

Om förhållandet mellan SDF och psykiatri säger gruppen att psykiatri levtt ett slutet och lite hemligt liv alltför länge. Man vill ha bättre information och kontakt och man vill inte hindras av sekretessen. Därvidlag är man överens med flera andra grupper. På senare tid, i samband med arbetet med psykiatireformen, tycker man sig dock se ett bättre samarbete spira. Detta

Sjukvårdsrepresentanter i studien var motståndare till ensidig vårdideologi och önskade en balans mellan olika synsätt och förklaringsmodeller

skapar en förhoppning om värdeutbyte och intressanta diskussioner om synsätt mellan psykiatri och stadsdelarna. I denna grupp vill man inte att relationen mellan psykiatri och stadsdelsförvaltningar skall vara ekonomistyrd.

Kulturen inom sjukvården/psykiatri och relationen till socialtjänsten

Vårdideologi

Inom sjukvården finns en polarisering mellan helhet och delperspektiv på människan. Olika specialiteter inom somatisk respektive psykiatrisk vård har mer eller mindre partikulär syn på människan. De med bredare synsätt förhåller sig kritiska till dem som man uppfattar har ett smalare perspektiv.

"Detta tjar om helhet och del...den somatiska vårdens syn på organ"

Det finns också en uppfattning att de områden som har smalare perspektiv också har högre status - troligen på grund av att det är lättare att visa resultat kopplade till åtgärden

"Det finns en statusskillnad mellan akutvård och rehabilitering där akutinsatser övervärderas".

De smalare perspektiven innebär en mer objektiviserande människosyn och emot detta reagerar yrkesgrupper med en mer subjektiviserande patientrelation.

"Inom distriktsläkeriet måste man samtala kring hela livssituationen, kollegor är ofta oförstående inför det"

Även de som har ett bredare synsätt i sjukvården brister i värderingen av den sociala miljöns påverkan på hälsan.

"Behandling eller nätverk." "sykisk störning medför alltid sociala konsekvenser och det bör föras in i psykiatri medvetande..."

Sjukvårdsrepresentanter i studien var motståndare till ensidig vårdideologi och önskade en balans mellan olika synsätt och förklaringsmodeller.

DDifferentiering, att inte fastna i en 'Steg I-förförelse'. Det måste till annat - handikappperspektivet. Terapeutisk hjälp kan ges bara begränsat. Vi har valt bort den biten i psykiatri"

Riv institutionerna utropade gruppen och hänvisar till filmen Gökboet

Vårdideologi i socialtjänsten

Sjukvården tycker inte att vare sig socialtjänsten eller den egna organisationen har helhetsperspektiv. Man anser att båda synsätten måste komplettera varandra.

"Man behöver helhetsbedömningar som man inte haft i socialtjänsten..."

Sjukvårdspersonal anser att det finns en rad olika vårdideologier inom socialtjänsten. Man tycker att socialtjänsten övervärderar sina möjligheter och förenklar problemen så att allt kan lösas med social sanering.

"Den är väldigt skiftande, alltifrån en uttalad konsekvenspedagogik som man sett avarter av, där man kräver orimliga saker för bistånd, till flummiga ideologier som enbart är symptomriktade - att sanera enbart den sociala miljön så ordnar sig allt." "Inom soc. skall vårdideologin bytas emot kunskap"

Sjukvårdsrepresentanterna tycker att vårdideologin i socialtjänsten har utvecklats på senare år.

"Man försöker hitta vägar att smälta samman flera teorier med inlärnings teori osv Multifaktoriell bakgrund."

Vårdideologiska skillnader ur sjukvårdsperspektiv

En del sjukvårdspersonal upplever sig stå närmare socialtjänsten vårdideologiskt än personalen i den egna organisationen

"Jag har mött kloka behandlare där jag får mer förståelse än i den egna organisationen..."

I mötet med soc blir medicinsk personal mer biologisk p g a att det känns nödvändigt att lyfta fram det perspektivet, och det är ovant för några.

"Jag känner att jag pläderar för det biologiska och det är jag inte van vid."

Vårdansvar med olika innebörd

Genom ökad struktur och avgränsning av målgrupper för olika behandlingsprogram tenderar man att utesluta patienter med problem som inte passar in. Minskat ekonomiskt utrymme leder i bästa fall till ökad effektivitet, men risken är att patientgrupper blir utan vård.

"... att jag varit bekymrad i min egen organisation för hur man hamnar om man är psykiskt störd och psykotisk (missbrukare?) Alla kastar dem ifrån sig..... att man kan skapa en ny organisation kring dessa problem,...." "Det jag ser att vissa mottagningar i Göteborg har vissa tema. Jag kan se en grupp som inget får."

"Nu kan vi inte erbjuda bra slutenvård - vi har för korta vårdtider"

Lagstiftningen stärker sjukvården slutna struktur genom sekretess.

"Det jag känner är att sjukvårdssidan är mer noggranna med anteckningar, mer sekretessmedvetna. Märker att kulturen kommer att kollidera." "Sekretess pratar man ofta om. I ett mer än 10-årigt projekt har man använt sekretessen som skäl för att slippa samverka."

Behandlingsinnehåll i sjukvården

Som behandlare ser man det interpersonella som ett instrument men använder relationen på många olika sätt beroende på syfte och behandlarstil. Behandlingen i psykiatri är oftast inte klassisk psykoterapi utan riktas mot stödjande strukturer, psykiskt hållande och medicinska insatser.

"Hjälparen. Den interpersonella delen är viktig men jag är inte psykoterapeut" "Jag är inte Rogeriansk, har lätt att vara aktiv"

Både för personer med psykoterapeutisk skolning och p g a sekretesslagstiftningen är det otänkbart att överskrida patientens personliga integritet i diskussioner med utomstående.

"I terapier har det varit fullt att tala om klienten och nu blir det mer naturligt att samarbeta (i projektet) och att fråga efter klientens samtycke"

Det finns brister i kontinuiteten från sjukvårdens sida - man arbetar för lite med förebyggande och uppföljning.

"Sjukvården arbetar diskontinuerligt, när det blir kris så kopplas man in."

Arbetsbelastningen i sjukvården

Personal i sjukvården arbetar traditionellt med en stark patos för de svaga som innebär att man gör avkall på de egna behoven av fritid och ibland t o m eget privatliv. Detta är en plikt, fr a för läkargruppen, som fostras in i en oerhört sträng arbetsdisciplin med stort ansvar.

"Det är ett tidvis krävande jobb. Joursystemet kan sabotera och slita ut en som behandlare."

Det finns starka krafter som motverkar förändringar av detta trots att man är ensam som yrkesgrupp om sin speciella situation. Det har bl a gjorts en del försök att minska arbetstiden till 40 timmar/vecka, dock utan större framgång.

"Arbetsförhållanden som är uppåt väggarna" "Speciellt om man är läkare så präglar det ens liv. Jag tänker på hur Mona (Sahlin) lånat av staten - jag - är det nån som har lånat av mig så är det landstinget"

Det som patienter ställer till med utanför psykiatri blir sjukvårdens ansvar utan att man har möjlighet att påverka det i de traditionella metoderna. Det skapar en spänning inom ansvarig läkare som är den som hamnar i fokus då någon patient förgår sig eller lider uppenbar skada.

"Man bär en ständig oro för vad så sjuka patienter kan ställa till med. Jobbigt att se sina klienter ute i skjortärmarna i kylan och vara sjuka och drogpåverkade."

Ett honnörsord inom sjukvården är effektivitet. Att göra minsta möjliga insats med mesta möjliga, mätbara resultat.

Socialsekreterare är inte behandlare - de är mer av administratörer som ser till att behandlingen kommer till stånd

"Jag kan bli för effektiv - ett slags effektivitets- perspektiv ... Jag har ett slags resultatintriktat tänkande som jag måste vara observant på"

Behandlingsinnehåll och kompetens i socialtjänsten ur sjukvårdsperspektiv

Socialsekreterare är inte behandlare - de är mer av administratörer som ser till att behandling kommer till stånd. Man anser att relationen till klienten skiljer sig från sjukvårdens på flera sätt.

"Socialtjänsten lyssnar mer utan förmyndarmentalitet och de har bättre helhet." "Soc har myndighetsutövande som vi inte har - det gör det svårare att arbeta"

Sjukvårdspersonal har respekt för arbetsbelastningen och resursbristen i socialtjänsten men man är kritisk till arbetsmetoderna.

"Socialsekreterare har beskrivit sin arbetssituation som ett krigstillstånd där folk bara väller in. Man kan inte hålla någon distans, man saknar tillräcklig kunskap och ekonomi."

Sjukvården har svårt att se vad behandlingen i socialtjänsten består av och också att se resultaten. Man uppfattar att det är den köpta vården som är behandlingen. Man är kritisk till det man anser är en alltför grund bedömning av vad man köper för vård. Man anser att i brist på egna metoder har socialsekreteraren bara sin medkänsla att bjuda klienten. I brist på metod har man blivit ett slags förälder.

"De har inte så mycket behandlingsmetoder själva - de köper utifrån - de har ett nyväckt intresse för att ha mycket på fötterna då man köper - framtingat av resursbrist -" "Jag tror att det mycket har handlat om att socialsekreterare inte haft någon metod utan utgått ifrån sig själva och risken är att många inte har förhållit sig professionellt" "Men jag tror också att varje socialsekreterare vill hjälpa, men ofta kommer klienten tillbaka för att det inte har gått."

Följden blir en enorm spännvidd mellan resultat av insatserna hos olika handläggare.

"Det faller mig in en solskenshistoria där en socialsekreterare gjort en oerhörd insats kring en flicka...och samtidigt ett motsatt exempel där en socialsekreterare lotsar en gravt psykotisk person till en rad behandlingshem med insatser som han inte kunde tillgodogöra sig..Två välmenande socialsekreterare och två olika utfall".

Sjukvårdens syn på socialtjänstens struktur
Sjukvården tycker att socialsekreterarna har varit dåliga på strukturerade bedömningar av klientens förhållanden. Man har fladdrat hit och dit inom olika områden. Kontinuiteten på personplanet har varit dålig och man har heller inte sett vikten av den - bara organisationen har funnits kvar på det ansvar man har

"Socialsekreterare kan vara borta och har inte meddelat klienten, min fostran är att det är jätteviktigt.)

Man kommer för sent till möten och meddelar inte förvar.

"T ex att hålla tiden - socialtjänsten kommer för sent....."

Synen på den egna kompetensen i sjukvården

Det finns en stark polaritet beträffande olika förklaringsmodeller och betoningen av psykologiska, biologiska eller sociala påverkansfaktorer är olika inom olika yrkesgrupper, men också inom olika klinikkonstellationer.

"Jag blir lika bekymrad att möta folk som inte ser biologin som kollegor som bara ser biologin"

De behandlingsmodeller som har kunnat påvisa sina resultat i form av vetenskapliga publikationer värderas högre än andra. Läkarkåren har den absolut största förankringen i vetenskapssamhället och tilltron till vetenskapliga resultat är också högst där.

"Att ta till oss forskningsdata. Psykiatri är inte homogen vad gäller kunskap så...."

Fortfarande utvecklas den naturvetenskapliga, biologiska kunskapen och den förstälseinriktade, sociologiska och psykologiska kunskapen var för sig.

"Kollegorna i kliniken tar olika ställning" "Det har varit lätt att hitta en etikett men svårt att möta behandlingsbehov. Lätt att ge standardiserade behandlingar..." "Vi har i Göteborg en strikt biologisk, men även en eklektisk syn med socialpsykiatri som bas".

Den vetenskapliga anknytningen avspeglar sig i sjukvårdens språk. Genom sitt språkbruk avskärmar man sig emot omvärlden och kan hamna i kulturkonflikter pga av detta.

"Sjukvårdens språk är svårare att tränga in i. Det är svårare för socialtjänsten att greppa sjukvårdens språk än tvärtom"

Trots en mycket stor teoretisk överbyggnad inom alla områden av psykiatri har det inte resulterat i så mycket ny metodik.

"Sjukvården har närmat sig socialpsykiatri de senaste åren, men det är inte en samlad bild." "Metodutveckling av andra diagnostiska instrument är vinster även för sjukvården."

Skillnader i kunskap mellan sjukvård och socialtjänst

Det är soc som skall ändra sig mest - sjukvården skall

Sjukvården grundar sina beslut på vetenskap och beprövad erfarenhet medan socialtjänsten arbetar utifrån ett samhällsansvar med politisk grund

utveckla befintliga metoder och komplettera synsättet med det sociala.

"Kunskapen har vi. SDF ser jag inte ännu.." "Socialtjänsten saknar psykiatrisk kunskap... Vi har missat vardagsbiten.." "Soc har större behov av förändring än sjukvården..."

Diagnoskunskap och psykiatrisk kompetens skall föras över till socialtjänsten.

"Att bli bättre på diagnostisering. Med alla fördelar med det samtalande skall kompletteras de strukturerade delarna".

Umgänget mellan mottagningar inom sjukvården är annorlunda än det med socialtjänsten. Att göra bedömningar av andras klienter är mycket känsligt. Inom socialtjänsten kan man tycka att man redan har kompetensen för bedömning och därför inte behöver komplettera ytterligare

"Det att bedöma andras klienter är en känslig situation."

Sjukvården grundar sina beslut på vetenskap och beprövad erfarenhet medan socialtjänsten arbetar utifrån ett samhällsansvar med politisk grund.

"Sjukvården har mer diagnostiserande kultur som tidigare möttes med mer skepsis...." "Socialsekreterare signalerar vanmakt i att sakna pusselbitar och att man blir avvisad i kontakterna med psykiatrien."

Samarbetet med socialtjänsten

Sjukvårdens relation till socialtjänsten påverkas av sekretesslagstiftningen och av upplevda kompetensskillnader. Man känner också av socialtjänstens negativa inställning till att sätta diagnos på människors problem.

"Vi kan inte ha gemensamma journaler)" "Jag märker det när jag föreläser - om man för in sjukdomsteorin så går det nu, men för 10 år sen låste det sig totalt"

När samverkan skall komma till stånd är det oftast socialtjänsten som kommer till sjukvårdens lokaler för samtal.

"Jag hade aldrig satt min fot på ett socialkontor tills helt nyligen. Bara mött socialtjänsten genom samarbete kring klienter"

Sjukvården beskriver att socialtjänsten lätt känner sig i underläge i relationen.

"att ha ödmjukhet inför det socialsekreterare gör så att man inte känner sig frågasatt".

DISKUSSION

Att det föreligger kulturskillnader mellan olika samverkande organisationer har konstaterats tidigare i rapporter och artiklar. Bl a i en rapport från Socialstyrelsen (12) har man kunnat konstatera kulturskillnader mellan kommuner och Landsting och i förekommande fall mellan sjukvårdsförvaltning och stadsdelsförvaltningar samt att dessa sannolikt har stor betydelse för samverkan. Omfattningen av samverkan rapporteras som mycket blygsam, men med ett litet undantag för kommuner som har en genomtänkt samverkansstrategi. Man anser att problemen uppstår när organisationerna skall samverka i praktiken men finner inga förklaringar i materialet. Man antar att graden av organisatorisk decentralisering har betydelse men anser sig samtidigt inte att kunna belägga detta i studien. I våra undersökningar har inte organisationsformen förefallit avgörande utan snarare yrkestillhörighet med vidhängande kultur. Den ömsesidigt negativa attityden finns däremot dokumenterad i flera studier (8, 9). Här konstaterar man att försöken att få till stånd samverkan gjorts i flera decennier utan påtagliga förändringar. Man står dock frågande inför orsakerna till negativismen (9). I den nationella genomgången av samverkan (3) pekar man emellertid på stora geografiska skillnader i landet, där Norrlandslänen uppvisar en annan och betydligt mer positiv bild. Möjligen kan detta peka mot att lokala, kulturella förhållanden har avgörande betydelse för resultaten av samverkan och därmed för omfattning och kvalitet i vård och service till målgruppen för Psykiatireformen.

I en rapporten om ledarskapets betydelse (10) konstaterade vi att samverkan mellan socialtjänst och psykiatri varit i det närmaste obefintlig i Göteborg. I denna rapport har vi sökt efter svar på frågan varför man varit så obenägen att samverka tidigare.

Den bild som växer fram ger oss några tydliga skillnader mellan förvaltningarna och deras tjänstemän som är av så allvarlig art att de hotar resultaten av Psykiatireformen. De områden där kulturskillnaderna på något sätt måste överbryggas gäller

- vårdideologiska värderingar
- vårdansvar och ansvarsgränser
- behandlingsinnehåll i socialtjänst och psykiatri

I våra undersökningar har inte organisationsformen förefallit avgörande utan snarare yrkestillhörigheten med vidhängande kultur

- värdering av kompetens och kompetensskillnader
- metoder för samverkan kring individer med psykiska problem

Inom vart och ett av dessa områden måste man göra aktiva och kraftfulla insatser i Göteborgspsykiatri och i Stadsdelsförvaltningarna om inte kulturskillnaderna skall kväva alla goda intentioner i Psykiatrireformen.

Valet av undersökningsgrupp

Teammedlemmarna har valt att gå in i ett samverkansprojekt trots de stora motsättningarna och skillnaderna mellan respektive organisation. Redan i det valet visar man en önskan att gå utanför sin egen organisation. De bilder man ger av den egna och motpartens kultur speglar därför inte företrädesvis den personliga uppfattningen utan är en redovisning av hur man uppfattar de polariserande inslagen i respektive kulturer. I analysen har vi använt både explicita utsagor om kulturen och de åsikter individerna redovisat i andra frågor men som samtidigt bekräftar kulturbilderna.

Kulturbildernas giltighet

Frågan om kulturbildernas giltighet i socialtjänsten respektive sjukvården generellt begränsas givetvis av undersökningsgruppens sammansättning, individernas personliga kunskaper och erfarenheter, men syftet är att identifiera kulturyttringar i just den grupp som studerats och resultatet validerades genom att de inblandade tog ställning till resultatet. De kulturyttringar som framkom i intervjuerna med SDF-cheferna speglade deras fria associationer på frågor om psykiatri, samverkan och om Psykiatrireformen. De överensstämmelser som finns mellan socialtjänstpersonal och SDF-chefer med gemensam bakgrund i socialtjänst kan väl sägas stödja tolkningarna av socialtjänstkultur i Göteborg.

I grundmaterialet gjordes även en jämförelse mellan chefsöverläkarna i psykiatri och sjukvårdspersonalen i bedömningsteamet. Kulturbilderna visade sig i stort sett identiska på de punkter där chefsöverläkarna uttalade sig om sådant som kunde betraktas som kulturyttringar, dvs utsagor under samma kategorier som i det övriga materialet.

Om man relaterar resultaten av undersökningarna till en interorganisatorisk analys enligt Seeman (1) finns en hög grad av samstämmighet beträffande konfliktområden mellan organisationer i samverkan. Vanligtvis finner man samarbetsproblem kring

- skilda uppfattningar om ansvarsområde

- skilda uppfattningar om behandling
 - skilda uppfattningar om mål och kriterier för bedömning
 - skilda önskemål om samarbetsformer
 - skillnader i parternas interna strukturer och processer
- I denna utvärdering av organisationsförändringar och samverkansproblem i Göteborg återfinns samtliga konfliktområden i samverkan mellan psykiatri och stadsdelsförvaltningar.

Trots omfattande omorganisationer med syfte att förbättra samverkan och ny lagstiftning för att förändra ansvar och attityder, kvarstår alltså skillnader i organisationskulturerna och därmed stora samarbetssvårigheter. Slutsatsen blir att man måste utveckla en särskild strategi för att arbeta med processen i samverkan så att förändringarna inte stannar vid de organisatoriska målen. För att nå en djupare samsyn hos de samverkande parterna och inte minst påverka stöd och behandlingsinsatserna så att de verkligen förändrar livsvillkoren för de psykiskt störda krävs nya kunskaper och initiativ.

REFERENSER

1. Seeman J: Psykiatri i Norden - ett jämförande perspektiv. SOU 1992:4
2. Socialstyrelsen anser. SOU 1980:2
3. Psykiatriutredningens slutbetänkande: Valfärd och valfrihet. SOU 1992:73
4. Engström M, Forsman A, Hernell J, Lagnander S: Psykiatrisk Distriktsorganisation. Genomförd 1981-1983, Sjukvårdsförvaltningen och Göteborgs Universitet, Göteborg 1986.
5. SAMO - Samordningsgruppen för sjukvård och socialtjänst: Samverkan mellan psykiatri och socialtjänsten rörande boende frågor m m. Sjukvårdsförvaltningen och socialförvaltningen i Göteborg, Göteborg 1987.
6. Psykiatri och dess patienter - levnadsförhållanden, vårdens innehåll och utveckling. SOU 1992:37
7. Psykiskt störda situation i kommunerna - en probleminventering ut socialtjänstens perspektiv. SOU 1992:3
8. Kjellin L, Westrin C G: Studier av psykiatrisk vård, särskilt tvångsvård, i två svenska län - erfarenheter och attityder hos samverkande vårdgivare. Nord. Psykiatr. Tidsskr. 1989;43:369-73.
9. Kjellin L, Westrin C G: Kritiska vårdgrannar till psykiatri. Analys behövs för att förstå orsaken till misstron. Läkartidningen 1994;91(3):133-4.
10. Hellquist E, Allebeck P: Genomförandet av Psykiatrireformen i Göteborg: Ledarskapets betydelse. Manuskript, Göteborgs Universitet 1997.
11. Patton MQ: Qualitative evaluation and research methods. Sage publications, London 1990.
12. Malmström U, Eriksson S: Svårt psykiskt störda missbrukare - om vård och samverkan i Göteborgs och Bohus län samt Hallands län. Socialstyrelsens aktiva uppföljning 1996.