

Psykiskt stördas situation i kommunerna

– en probleminventering ur socialtjänstens perspektiv

Ur KB:s samlingar

Digitaliserad år 2014



National Library
of Sweden



Rapport från
psykiatriutredningen
SOU 1992:3

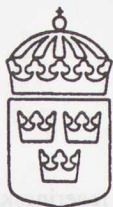
Psykiskt stördas situation i kommunerna

– en probleminventering ur socialtjänstens perspektiv



Rapport från
psykiatriutredningen
SOU 1992:3

Ref KB Oc



Statens offentliga utredningar
1992:3
Socialdepartementet

Psykiskt stördas situation i kommunerna

—en probleminventering ur
socialtjänstens perspektiv

Rapport från psykiatriutredningen
Stockholm 1992

SOU och Ds kan köpas från Allmänna Förlaget, som också på uppdrag av regeringskansliets förvaltningskontor ombesörjer remissutsändningar av dessa publikationer.

Adress: Allmänna Förlaget
Kundtjänst
106 47 Stockholm
Tel 08/739 96 30
Telefax: 08/739 95 48

Publikationerna kan också köpas i Informationsbokhandeln, Malmtorgsgatan 5, Stockholm..

FÖRORD

Regeringen beslutade i november 1990 att ge en parlamentarisk kommitté i uppdrag att utreda frågor om service, stöd och vård till psykiskt störda. Kommitten övertog därmed det motsvarande uppdrag som år 1989 gavs till en särskild utredare. Kommittén, som antagit namnet psykiatriutredningen, skall slutredovisa sina förslag under sommaren 1992.

I enlighet med sina direktiv (dir.1990:71) skall utredningen kartlägga situationen för psykiskt störda personer samt utvärdera och analysera den sektoriiserade psykiatrin och de övriga förändringar från slutna till öppna vårdformer som skett under 1980-talet.

Psykiatrins omstrukturering har bl.a. inneburit att fler samhällsorgan än tidigare har fått ett större ansvar för service, stöd och vård till människor med psykiska störningar. Den förändrade inriktningen – från ett totalt omhändertagande vid stora institutioner till en situation där huvuddelen av vården skall ges i öppna former – förutsätter, för att goda livsbetingelser skall kunna erbjudas de psykiskt störda, att en långtgående samordning sker mellan den psykiatriska vården och andra organ i samhället. Ansvar för att tillgodose de psykiskt stördas behov av t.ex. ett fungerande boende, meningsfull sysselsättning och andra icke direkt vårdinriktade behov åvilar idag främst kommunerna. Behovet av samordning och samverkan är därför stort mellan den psykiatriska vården och kommunernas socialtjänst.

Som ett led i utredningens kartläggningsarbete har därför kommunernas socialtjänst genom en enkät tillfrågats om deras syn på problem, samarbete och förändringsbehov när det gäller insatser för psykiskt störda personer. På liknande sätt har också psykiatrins, primärvårdens, arbetsmarknadsverkets, försäkringskassornas, patient- och anhörigorganisationernas, de fackliga organisationernas m.fl. synpunkter på problem, samarbete och förändringsbehov inhämtats. Sammantaget är detta material ett led i kommitténs kartläggning av de psykiskt stördas situation och de problem de möter ute i samhället.

Psykiatriutredningen skall också enligt sina direktiv överväga och föreslå åtgärder vad gäller ansvarsfördelning och organisation samt former för samverkan mellan kommuner och landsting. Åtgärderna skall syfta till att förbättra de psykiskt stördas livssituation och öka deras möjligheter till gemenskap och delaktighet i samhällslivet.

Dessa överväganden måste naturligtvis göras utifrån en helhetssyn av de samlade insatser som olika organ riktar till psykiskt störda människor i samhället och hur dessa ser på problem, samarbete, resurser och förändringsbehov. Socialtjänstens liksom andra inblandade parter syn på dessa frågor är därvidlag viktiga att få fram. Detta är viktigt inte minst när det gäller att åstadkomma förslag som kan förbättra de psykiskt stördas livssituation och öka deras möjligheter till gemenskap och delaktighet i samhällslivet. Något motsvarande material kring hur kommunernas socialtjänst ser på dessa frågor har inte tagits fram tidigare.

I denna rapport redovisas socialtjänstens syn på problem, samarbete, resurser och förändringsbehov när det gäller insatser för psykiskt störda på grundval av enkätsvaren utan några analyser, slutsatser, rekommendationer eller förslag från utredningens sida. Svaren måste naturligtvis ses som en partsinlaga. Detta är socialtjänstens syn på problem, samarbete och förändringsbehov. Ser man problem m.m. från andra utgångspunkter blir bilden kanske delvis en helt annan. Övriga organs problembilder etc. kommer att redovisas i annat sammanhang. Med socialtjänsten menas här de tjänstemän som besvarat enkäten. Vi vill betona att socialnämnden eller motsvarande politiska instans inte har behandlat frågorna.

Psykiatriutredningen har inte tagit ställning till innehållet i rapporten på annat sätt än att socialtjänstens synpunkter bedömts vara av intresse för den allmänna diskussionen om hur man förbättrar de psykiskt stördas livssituation och deras möjligheter till gemenskap och delaktighet i samhällslivet.

STEN SVENSSON

Bo Holmberg

Lars Jakobsson

/Gert Knutsson

Irene Karlsson

Svante Pettersson

Harald Wilhelmsson

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Sammanfattning	7
Inledning	17
Länsvis genomgång av de inkomna svaren	20
Stockholms län	21
Uppsala län	35
Södermanlands län	41
Östergötlands län	45
Jönköpings län	53
Kronobergs län	57
Kalmar län	63
Blekinge län	67
Kristianstads län	71
Malmöhus län	77
Älvsborgs län	85
Skaraborgs län	89
Värmlands län	95
Örebro län	101
Västmanlands län	109
Kopparbergs län	119
Gävleborgs län	125
Västernorrlands län	129
Västerbottens län	133
Norrbottnens län	137

Bilaga 1

Förfrågan angående socialtjänstens insatser för psykiskt störda personer	141
---	-----

Bilaga 2

Samverkansavtal mellan landsting och kom- muner i Uppsala län	143
--	-----

Bilaga 3

Basprojektet – en inventering av psyko- socialt handikappade i Norrköpings kommun	149
--	-----

SAMMANFATTNING

Att bidra till en förändringsprocess som innebär att psykiskt stördas alla viktigare behov tillgodoses, att verksamheter med god kvalitet tillskapas och att insatserna på ett bra sätt samordnas kring individen är en huvuduppgift för psykiatriutredningen. Ur den aspekten har det varit viktigt att också lyfta fram socialtjänstens syn på dessa frågor. De psykiskt stördas situation är numera en angelägenhet för alla inblandade parter och inte bara för psykiatrin.

Denna sammanställning omfattar enkätsvar från 160 kommuner och deras syn på problem, samarbete, resurser och förändringsbehov när det gäller insatser för psykiskt störda. Det är alltså socialtjänstens uppfattning utifrån dess perspektiv som redovisas. Ser man problem m.m. från andra perspektiv blir bilden delvis kanske en annan. När bilden kompletteras med hur övriga inblandade parter ser på problem, samarbete, resurser och förändringsbehov bör man få en nyanserad probleminventering som underlag för kommittens ställningstaganden.

Nedan följer en punktvis sammanfattning av de synpunkter som majoriteten av de 160 kommunerna lyfter fram i sina svar. Sammanfattningen gäller såväl barn- och ungdomar som vuxna.

1. "Övervältring" av kostnader

Nästan samtlig kommuner anser att den pågående omstruktureringen och avinstitutionaliseringen av psykiatrin innebär en övervältring av kostnader från psykiatrin till kommunernas socialtjänst utan att motsvarande resursöverföring sker. Psykiatrin hänvisar ofta till socialtjänstens yttersta ansvar och bortdefinierar vissa hjälpbehövande grupper med hänvisning till bristande resurser inom psykiatrin. Kommunernas uppfattning är att antalet patienter som av psykiatrin bedöms behandlingsbara av dem, ständigt blir allt färre.

2. Målen och ansvarsfördelningen är oklara

Kommunerna efterlyser gemensamma mål och arbetsformer med psykiatrin. Vem har huvudansvaret – socialtjänsten eller psykiatrin? Vad är psykiatri och vad är behandling resp. social omsorg? En klarare ansvarsfördelning och en gemensam vårdplanering efterlyses!

3. Definition av gruppen psykiskt störda

Hur skall gruppen psykiskt störda definieras och hur skall avgränsningen gentemot t.ex. dem med psykiska besvär eller psykosociala problem göras? Hur definieras de som finns i gränlandet mellan psykisk sjukdom och psykosociala behov? Detta är frågor som de flesta kommuner ställer sig och där man ofta råkar i konflikt med psykiatrin. Vem har ansvaret för insatser till dem som hamnar mellan stolarna? Socialtjänsten upplever här trycket av det yttersta ansvaret tungt, speciellt för denna patientkategori som man inte har tillräcklig kompetens för att varken bedöma eller behandla.

4. Samhällets insatser är inte anpassade till de verkliga behov som psykiskt störda har

De problem som redovisas gäller såväl psykiatrins som socialtjänstens organisation och även övriga inblandade huvudmäns sätt att svara mot gruppens behov. Inom kommunernas socialtjänst saknas också mål, organisation och utbildning bland personalen för att arbeta med psykiskt störda. Socialtjänstens egen organisation uppfattas av några kommuner som alltför fyrkantig och traditionellt inriktad, dvs. enbart inriktad mot socialtjänstens traditionella problemgrupper som missbrukare, äldre, barn och ungdom och familjer med sociala och ekonomiska problem, för att uppmärksamma psykiskt stördas behov av stöd och hjälp. Allra helst som denna grupp själv inte är särskilt pockande när det gäller att kräva sina rättigheter. Men det som framför allt saknas inom socialtjänsten är kompetens att på ett adekvat sätt bemöta denna grupps problem och behov.

5. Socialtjänstens personal upplever stora svårigheter i samarbetet med psykiatri

En stor majoritet av de kommuner som besvarat enkäten uppger att samarbetet med psykiatri fungerar dåligt eller är i det närmaste obefintligt. En gemensam vårdplanering mellan socialtjänst och psykiatri efterlyses av flera kommuner. Kritiken gäller främst samarbetet med vuxenpsykiatri. Samarbetet med barn- och ungdomspsykiatri uppges i regel fungera bättre även om kritik även framförs här.

Det är egentligen endast ett län som klart skiljer sig från de övriga länen när det gäller synen på hur samarbetet socialtjänst-psykiatri fungerar och det är Norrbottens län. Här är kommunerna överlag nöjda med hur samarbetet i dag fungerar. I Kopparbergs, Västerbottens, Östergötlands och Gävleborgs län har flera kommuner stora förväntningar utifrån nyligen inledda samsamarbetssträvanden.

Om den behandling som psykiatri genomför med mediciner och olika jagstödande terapier skall vara meningsfull så måste också den sociala situationen vara någorlunda trygg och harmonisk. Därför är det, enligt några kommuner, för denna grupp särskilt viktigt, nästan viktigare än för någon annan grupp, att samarbetet psykiatrisk behandling och sociala insatser går hand i hand. För gruppen psykiskt långtidssjuka är det nödvändigt med välplanerade mjuka övergångar från sluten psykiatrisk vård till öppen psykiatrisk vård och till hemtjänsten och övrig socialtjänst. Fallerar de sociala insatserna i samband med att någon skrivs ut från sluten vård är risken stor för snar återinläggning i sluten vård. Risken för återfall anser man vara klart mycket högre om den psykiskt störde har en påfrestande social situation.

6. Skillnader i synsätt

Det finns ett stort gap mellan de två verkligheter som personalen inom socialtjänsten ser respektive vad man anser personalen inom psykiatri upplever. Kommunerna upplever psykiatri som alltför individriktad där individen enbart ses i ett biologiskt, medicinskt och kliniskt sammanhang och där ingen eller mycket ringa hänsyn tas till den sociala omgivningens eller det

sociala nätverkets betydelse. Socialtjänsten däremot, menar man, möter dessa människor med utgångspunkt från ett helhetsperspektiv. Psykiatrin ser enbart utifrån sjukdomens perspektiv medan socialtjänsten mer arbetar utifrån det "friska" perspektivet.

7. Psykiatrin ger inte tillräckligt stöd när det gäller behandlingen av psykiskt störda missbrukare

En nästan genomgående kritik från kommunernas socialtjänst är att psykiatrin inte ställer upp och ger kommunerna hjälp när det gäller bedömning eller behandling av missbrukare med psykisk störning eller de som finns i gränslandet mellan psykisk störning och missbruk.

8. Svårt att få hjälp för psykiskt störda äldre

Psykiskt störda äldre anser man från kommunalt håll överges alltmer från psykiatrins sida och allt oftare betraktas de som ej behandlingsbara. Man uppger också att det är allt svårare att få hjälp med behandling till de äldre som har psykiska besvär, depressioner m.m. Det förekommer också svårigheter när det gäller för kommunerna att få hjälp med att diagnosticera äldre som man förmodar är dementa.

9. Hemtjänstens personal efterlyser utbildning och handledning från psykiatrin

De flesta kommunerna saknar stöd och hjälp från psykiatrin till den hemtjänstpersonal som arbetar med psykiskt störda. Strukturerat stöd (handledning) från de psykiatriska sektorerna efterlyses. Man uppger också att det är mycket svårt att få konsultationshjälp från psykiatrin framför allt i akuta situationer eller att få psykiatrin att ställa upp på gemensamma hembesök för bedömning och hjälp. Rådande sekretessregler uppges här vara ett problem, som psykiatrin hänvisar till. Bättre utbildning efterfrågas också i stor utsträckning. Kunskapen om psykiskt störda personer och deras beteende upp-

levs av hemtjänstpersonalen som bristfällig. Dock finns några lysande undantag där utbildning givits i stor omfattning från psykiatrin t.ex. i Linköpings och Norrköpings kommuner.

10. Många psykiskt störda i eget boende lever socialt isolerade

Flera kommuner menar att många psykiskt störda i eget boende lever socialt isolerade. Några kommuner talar t.o.m. om att vissa lever i social misär. Det boendestöd som hemtjänsten kan ge är för vissa grupper psykiskt långtidssjuka långt ifrån tillräckligt.

11. Lämpliga boendeformer saknas

För vissa grupper psykiskt störda saknas lämpliga boendeformer. Skillnaden mellan institutionsvård och boende i egen lägenhet med hemtjänst är för vissa alltför stort. Många psykiskt störda i eget boende känner sig otrygga, är mycket ensamma, saknar arbete eller annan meningsfull sysselsättning. Tidsbegreppet suddas ut när de saknar någon fast hållpunkt på dygnet. Intresset och förmågan att klara sitt sociala liv reduceras. Ibland blir de dessutom mycket störande för sin omgivning. För denna grupp efterlyses andra mer anpassade boendeformer av typ gruppboende, serviceboende, halv- eller helskyddade boendeformer etc. Vräkningar av psykiskt störda som uppträtt störande i det egna boendet är också ett ökande problem för alltfler kommuner.

Att lämpliga boendeformer för psykiskt störda saknas i kommunerna måste uppfattas som självkritik. Det finns ofta i kommunerna ingen som på allvar tar tag i och planerar utifrån denna grupps behov. En del kommuners svar kan dock tolkas som att man anser att även boendet för psykiskt störda är en landstingskommunal uppgift. Helt klart är att det även här råder oklarhet om ansvar och initiativskyldighet.

12. Svårt att skapa meningsfull sysselsättning/arbete

I och för sig redovisar många kommuner exempel på bra fungerande dag-centerverksamheter men dessa är långt ifrån tillräckliga. Det är också svårt att motivera många psykiskt störda att ta del av dessa verksamheter som av en del upplevs som alltför "konstruerade" aktiviteter. Många efterfrågar ett riktigt arbete. Det finns heller ingen som tar sig an de med förtidspension och som i viss utsträckning skulle kunna klara ett arbete. Man är också på flera håll kritisk mot Samhall och dess möjligheter att ge denna grupp arbete. Samhall är, menar man, alltför lönsamhetsinriktat för att på allvar ge denna grupp en chans till arbete.

13. Socialtjänsten och psykiatrin vet för lite om varandra

Ett genomgående tema från kommunerna är att socialtjänsten och psykiatrin har för dålig kunskap om varandras verksamheter, att man inte talar samma språk och har bristande kännedom om varandras kompetens. En del anger att socialtjänsten ofta har helt orealistiska föreställningar om vad psykiatrin kan klara av liksom att psykiatrin inte vet om socialtjänstens möjligheter och begränsningar. Dessutom finns det ett dåligt utbyte av varandras metoder och arbetssätt. Kunskaper om nya arbetssätt och metoder har en tendens att isoleras inom resp. verksamheter.

14. Psykiatrin underlåter ofta att informera socialtjänsten

Många kommuner uppger att psykiatrin ofta inte informerar socialtjänsten när man skriver ut psykiskt störda från slutenvård till eget boende och till vilka villkor de skrivs ut. Flera kommuner uppger att ibland är det först när grannar reagerar, polisen tillkallas eller vräkningsshot föreligger som man får kännedom om vederbörandes existens. Personer som har eget boende kan

periodvis också vara inläggande på någon vårdinrättning utan att hemtjänsten meddelas och man vet plötsligt inte var vederbörande finns.

15. Det saknas nödvändiga mellanvårdsformer

Flera kommuner menar att gapet är för stort mellan slutna vård och eget boende. Därför efterlyser man små behandlingshem/träningsboende/övergångshem/mellanvårdsformer utan att mer precist ange vad man menar. Även dessa svar kan tolkas som oklarhet i ansvarsfördelningen. Vad är en mellanvårdsform? Är det behandling eller en högre grad av social omsorg? Vem är i så fall ansvarig?

16. Svårt att få hjälp för psykiskt störda invandrare/flyktingar

De kommuner som har många invandrare eller flyktingförläggningar tar upp att många flyktingar/invandrare som kommer från krigshärjade länder och andra svåra förhållanden ofta har omfattande psykiska störningar/besvär och att dessa har svårt att få kompetent hjälp.

17. En positiv utveckling har påbörjats

På frågan om man kan ge exempel på nya mer ändamålsenliga arbetsmodeller och arbetsformer när det gäller service, stöd och vård till psykiskt störda exemplifieras ofta med olika konkreta samverkansprojekt mellan kommun och landsting kring dagcentralverksamheter och stödboendeprojekt. Sådana konkreta samverkansprojekt och försöksverksamheter med gemensam finansiering beskrivs ofta som mycket framgångsrika men alltför otillräckliga.

18. Ett enhetligt kommunalt huvudmannaskap för den psykiatriska öppenvårdsverksamheten förordas

När det gäller förändringsbehov så förordar en majoritet av de svarande kommunernas socialtjänst ett enhetligt huvudmannaskap för den psykiatriska

öppenvårdsverksamheten. Detta tror man skulle underlätta resursfördelning, prioritering och gemensam vårdplanering och utbildning men kanske ändå inte lösa grundproblemet som enligt många kommuner är resursbrist. Man preciserar dock inte närmare vad man menar med psykiatrisk öppenvårdsverksamhet.

Några tror att ett fördjupat samarbete inom nuvarande huvudmannaskapsgränser går att utveckla medan andra erfarenhetsmässigt har gett upp och menar att en huvudmannaskapsförändring måste till för att åstadkomma förbättrade kontakter mellan de medicinska, sociala och psykologiska kompetenserna. En ny organisationsstruktur menar man krävs för att åstadkomma en ny syn på dessa frågor.

Resurser m.m.

Flertalet kommuner har haft stora svårigheter att ungefärligen uppskatta hur mycket resurser som man i kommunen satsar på insatser för psykiskt störda. Detta beror främst på att man inom socialtjänsten inte registrerar eller dokumenterar insatser så att gruppen psykiskt störda går att identifiera. Om man vill få reda på hur många av socialtjänstens klienter som är psykiskt störda måste man i princip fråga varje enskild handläggare eller göra aktstudier.

Ett annat problem gäller på vilket sätt man inom socialtjänsten skall definiera personer med psykiska störningar och hur avgränsningen skall göras gentemot personer med psykiska besvär. När det gäller t.ex. missbrukargruppen finns det vissa kommuner som hävdar att en stor del av dem som socialtjänsten arbetar med på grund av svårt missbruk också är allvarligt psykiskt störda.

De kommuner som har lämnat uppgifter om resursinsats har i regel nöjt sig med att uppskatta antalet hemhjälpstimmar till psykiskt störda och de personal- och lokalkostnader man har för olika dagcentralverksamheter riktade till psykiskt störda. Men inom socialtjänsten används resurser från alla yrkeskategorier och verksamheter även för arbete med psykiskt störda personer. Hur stor del av de totala insatserna som avser den här aktuella gruppen blir därför mycket osäkra uppskattningar. Sannolikt handlar det dock om en relativt stor del inom såväl individ- och familjeomsorg som äldre- och handikappomsorg. De som försökt att procentuellt uppskatta resursinsatserna för psy-

kiskt störda personer talar i regel om procentsatser mellan 10–25 % av insatserna inom äldre- och handikappomsorgen och ungefär lika mycket inom individ- och familjeomsorgen.

När det gäller individ- och familjeomsorgen så uppger några kommuner att man numera har särskilda socialarbetare med riktade tjänster för arbete med främst psykiskt störda missbrukare. Särskilda resurser avsätts också för så kallad "egna-medel"-hantering, som främst utnyttjas av personer med psykiska problem, dvs. socialtjänsten tar hand om vederbörandes pension och portionerar ut denna veckovis. "Hemma-hos"-insatser i barnfamiljer förekommer också för barn och/eller föräldrar med psykiska störningar i kombination med sociala problem. Andra insatser som ofta förekommer är kontaktpersoner, kontaktfamiljer, terapikostnader, familjehemsplaceringar, placering på behandlingshem, samtalbehandlingar m.m. inom individ- och familjeomsorgen. I t.ex. Västerås kommun uppskattar man att avdelningen för individ- och familjeomsorg avsätter ca 75 % av sina resurser för människor som är psykiskt störda och/eller missbrukare.

Nästan genomgående påtalas det dåliga samarbetet mellan socialtjänsten och främst vuxenpsykiatrin. Konsekvenserna blir ofta ett slöseri med resurser. Det dåliga samarbetet skapar en rundgång i systemet som är mycket kostsamt och ineffektivt både för samhället och den enskilde. Många kommuner uppger också att man saknar fungerande samverkansavtal mellan socialtjänsten och psykiatrin som reglerar ansvar, avgränsningar och ekonomi. Det främsta undantaget är Norrbottens län där kommunerna överlag är mycket nöjda med de samarbetsavtal rörande psykiskt störda som finns mellan kommuner och landsting.

I Uppsala län har ett samverkansavtal nyligen slutits om insatser för människor med psykiska störningar mellan landstinget och länets kommuner som på ett heltäckande sätt försöker reglera ansvar, avgränsningar, samarbete och ekonomi. Avtalet har trätt ikraft fr.o.m. den 1 januari 1992. Detta avtal bifogas för kännedom som bilaga 2.

Norrköpings kommun har försökt att inventera hur många psykiskt störda som finns i kommunen, hur samarbetet mellan psykiatri, socialtjänst och primärvård ser ut när det gäller långvarigt psykiskt sjuka och vilka behov som de psykiskt störda själva har. I ett samverkansprojekt mellan socialtjänst, psykiatri och primärvård – kallat basprojektet – har Norrköpings kom-

mun dokumenterat denna information. Projektets slutrapport redovisas i bilaga 3 som ett exempel på hur man kan gå till väga för att genomföra en sådan inventering.

INLEDNING

Psykiatriens omstrukturering har inneburit att flera olika organ utanför hälso- och sjukvården har fått ett ökat ansvar för service, stöd och vård till människor med psykiska problem. Detta ställer ökade krav på en klar ansvars- och uppgiftsfördelning och väl fungerande samverkansformer mellan alla inblandade parter.

Psykiatriutredningen skall i enlighet med sina direktiv överväga och föreslå åtgärder vad gäller ansvarsfördelning och organisation av stöd och vård till psykiskt störda. Dessa överväganden skall baseras på en kartläggning och värdering av samhällets samlade insatser som riktas till psykiskt störda där också de förutsättningar som de lokala förhållandena ger bör vägas in.

När det gäller socialtjänstens insatser för psykiskt störda personer saknas reguljärt insamlad statistik över huvud taget. Även lokala eller regionala specialundersökningar kring socialtjänstens resurser och insatser för psykiskt störda är ytterst få. Det är också mycket svårt att närmare belysa socialtjänstens insatser för psykiskt störda ur resurssynpunkt eftersom socialtjänstens insatser och statistik inte dokumenteras på ett sådant sätt att gruppen psykiskt störda kan identifieras. Kommunala inventeringar av hur många psykiskt störda som finns i kommunen och deras hjälpbehov är också mycket sällsynta.

Psykiatriutredningen har därför i samarbete med Svenska kommunförbundet gått ut med en problemorienterad enkät till samtliga länsförbund som via remiss till kommunernas socialtjänst samlat in enkätmaterialen länsvis. (Se bilaga 1). Kommunernas svar baseras på uppgifter från personal såväl inom individ- och familjeomsorgen som äldre- och handikappomsorgen, dvs. från de som arbetar direkt på fältet med dessa frågor.

Enkätens syfte har i första hand varit att få problembeskrivningar utifrån kommunernas perspektiv när det gäller deras insatser för psykiskt störda och hur samverkan mellan kommunerna och landstinget fungerar eller inte fungerar. Även exempel på nya och mer ändamålsenliga arbetsmodeller eller

arbetsformer liksom förslag till lösningar till de problem som finns efterfrågades.

En uppskattning av hur mycket resurser (personella eller ekonomiska) som kommunerna idag satsar på insatser för psykiskt störda inom socialtjänsten efterlystes också. Vissa kommuner har exakt kunnat ange dessa resursinsatser uttryckt i årsarbetskrafter och pengar medan andra uppskattat dessa procentuellt. Många har inte kunnat svara alls.

De frågor vi har bett om svar på är följande.

1. Vilka problem när det gäller insatser för psykiskt störda personer möter kommunerna i sina verksamheter beträffande mål, arbetsformer, resurser och organisation? Specificera svaren utifrån grupperna

- barn och ungdomar
- vuxna i arbetsför ålder
- äldre över 65 år

2. Hur vill ni beskriva den aktuella diskussionen i ditt län vad gäller situationen för psykiskt störda personer? (t.ex. när det gäller avgränsningen socialtjänst-psykiatri, när det gäller boende, fritid, arbete/sysselsättning, utbildningsfrågor, samarbete BUP-socialtjänst m.m.).

3. Hur ser samarbetet mellan landstinget och kommunerna ut i ditt län när det gäller insatser för psykiskt störda personer? (Vad fungerar och vad fungerar inte? Beskriv de samverkansorgan som finns. Finns avtal mellan landstinget och kommunerna i länet? Fungerar detta? Bifoga de samverkansavtal som finns liksom eventuella uppföljningar och utvärderingar av avtalen. Om inget avtal finns vad är skälet till detta?)

4. Vi vill att ni gör en ungefärlig bedömning av hur mycket resurser som kommunerna i ditt län idag satsar på insatser för psykiskt störda personer inom

- individ- och familjeomsorg
- äldre- och handikappomsorg

Försök att göra en ungefärlig uppskattning (gärna procentuell) i varje kommun i tidsåtgång och pengar (personal, fortbildning, verksamhet).

5. Finns i ditt län exempel på nya och mer ändamålsenliga arbetsmodeller och arbetsformer när det gäller stöd, service och vård till psykiskt störda personer?

6. Har du några förslag till lösningar av de problem som finns i ditt län? Skulle en organisatorisk samordning, t.ex. ett enhetligt huvudmannaskap, bidra till att lösa de problem ni upplever i dag i ert län?

Enkäten föregicks av en informationsträff med länsförbundssekreterare från samtliga län. Det informerades om psykiatriutredningens avsikt att via dem gå ut med en skriftlig enkät till kommunerna och att en sammanställning och dokumentation av svaren därefter skulle ske. Kommunernas enkätsvar har sammanställts av psykiatriutredningens sekretariat.

När det gäller svaren på fråga 5 – "Om det finns exempel på nya och mer ändamålsenliga arbetsmetoder och arbetsformer när det gäller stöd, service och vård till psykiskt störda personer" – tar kommunerna ofta upp verksamheter som mer utförligt redovisas i psykiatriutredningens delbetänkande "På väg – exempel på förändringsarbeten inom verksamheter för psykiskt störda" (SOU 1991:47). I dessa fall finns inom parentes en sidhänvisning till beskrivningen i det betänkandet.

Länsvis genomgång av de inkomna svaren

Svar har inkommit från 20 län. Länsförbunden i Hallands, Jämtlands och Göteborgs och Bohus län har med hänvisning till intensivt arbete med förberedelser kring Ädelreformen och kommunalisering av omsorgerna meddelat att kommunerna i länen inte haft tid att besvara enkäten. Gotland tillhör länsförbundet i Stockholms län men har inte besvarat enkäten till dem.

Sammantaget har 160 kommuner av totalt 285 kommuner i landet besvarat enkäten. 125 kommuner har således ej besvarat enkäten. Det kan därför vara svårt att generalisera de inkomna svaren att gälla samtliga kommuner i landet. Det kan vara så att de mest kritiska kommunerna har varit de som i första hand har besvarat enkäten. Å andra sidan är den bild när det gäller problem, samverkan och förändringsbehov som ges så pass samstämmig att det finns skäl att anta att denna bild knappast mer än marginellt skulle ha sett annorlunda ut även om samtliga kommuner hade besvarat enkäten. Vår bedömning är att de redovisade svaren i stort speglar socialtjänstens uppfattning av problem, samverkan och förändringsbehov när det gäller insatser för psykiskt störda i landet.

Nedan följer en länsvis redovisning av de inkomna svaren på de olika frågorna.

STOCKHOLMS LÄN

Från Stockholms län har svar inkommit från 12 av länets 25 kommuner, nämligen Salem, Upplands Väsby, Danderyd, Ekerö, Sundbyberg, Tyresö, Vaxholm, Huddinge, Vallentuna, Södertälje, Täby och Stockholm kommuner.

1. Problem som kommunerna möter när det gäller insatser för psykiskt störda barn- och ungdomar

På ungdomssidan anser flera kommuner att det finns alltför otillräckliga relevanta resurser inom barn- och ungdomspsykiatri för att klara de psykiskt störda ungdomarnas problem.

Flera kommuner tar upp gränsdragningsproblemen mellan den barnpsykiatriska mottagningen på sjukhus, BUP, landstingets behandlingshem och socialtjänsten. Avgränsningen mellan socialförvaltningens och psykiatrins ansvarsområde upplevs som otydlig.

Samarbetet med BUP anser annars de flesta kommunerna i stort sett fungera bra. Problem uppstår dock då socialförvaltningen och BUP har olika förhållningssätt i behandlingsarbetet. Svårigheter i samarbetet finns främst kring de svåraste ärendena, där omhändertagande och placering kan bli aktuellt. I dessa ärenden upplevs det som svårast att få hjälp – vissa BUP-mottagningar uppges ha långa väntetider och ett omständligt "intakeförfarande". Samarbetet BUP-IFO upplevs ibland från socialtjänstens sida som att BUP väljer bort patienter, som socialtjänsten anser vara BUPs "bord". Socialsekreterarna i t.ex. Salems kommun upplever ibland att det krävs förhandlingar för att få hjälp med en barnpsykiatrisk bedömning eller utredning inför en ansökan om vård enligt LVU. Socialsekreterarna känner sig därför ibland pressade till att göra psykiatriska bedömningar som de ej har kompetens för.

Andra gränsdragningsproblem gäller ungdomar i 18–20 årsåldern dvs. om de tillhör barn- och ungdomspsykiatri eller vuxenpsykiatri.

Samarbetet med vuxenpsykiatrin sätts också på prov när det finns barn med i bilden. Från socialtjänstens sida upplevs det som att vuxenpsykiatrin enbart ser till den vuxnes behov av sina barn. För socialtjänsten gäller alltid att barnens behov måste gå före de vuxnas, vilket ibland kräver stöd från vuxenpsykiatrin för att kunna genomföras.

Några kommuner upplever att det är svårt att hitta lämpliga vårdformer t.ex. behandlingshem för barn och ungdomar med psykisk störning och missbruk. Salems kommun anser annars att några av de landstingsinstitutioner som arbetar med långtidsbehandling av psykiskt störda ungdomar erbjuder en bra och kvalificerad behandling av psykiskt störda ungdomar.

Tyresö kommun upplever det vara svårt att från socialtjänstens sida ge adekvat stöd och hjälp särskilt till ungdomar som inte har fastställts som psykiskt sjuka men som ändå inte mår bra psykiskt. Det är vanligt att dessa ungdomar i stället för att ta itu med sina problem börjar dricka sprit och nyttja droger. I sitt arbete att nå fram till och försöka hjälpa dessa ungdomar har socialsekreterarna endast sig själva som resurs. Dessa upplever det som svårt att få BUP eller när ungdomarna är äldre än 18 år den psykiatriska vuxenmottagningen, att delta i arbetet med dessa ungdomar genom att t.ex. göra hembesök tillsammans med socialförvaltningen.

Vaxholms kommun anser det svårt för en liten kommun att klara av och ge vissa psykiskt störda barn det stöd och den hjälp som de behöver inom ramen för den traditionella barnomsorgen.

Problem beträffande psykiskt störda vuxna i arbetsför ålder

Flera kommuner klagar på att de psykiatriska öppenvårdsmottagningarna har för små resurser och därför avvisar patienter. Psykiatrins målsättning med sitt arbete är oklart och upplevs ibland vara, att människor ska klara sig själva i hemmet, hur dåligt de än mår. Socialtjänsten blir då den instans som får ta del av de psykiskt stördas ensamhet och isolering. Önskvärt vore att öppenvårdspsykiatrin kunde arbeta mer utåtriktat med hembesök tillsammans med socialtjänsten.

Öppenvårdspsykiatrin påstås heller inte ta emot personer med missbruksproblem. Organisatoriskt anser man att det fungerar dåligt med två huvudmän, som missbruksklienterna bollas emellan. Den resurs som finns för

vuxna missbrukare med psykiska problem är möjligheten till avgiftning inom den slutna vården. I övrigt hänvisar psykiatrin ofta till kommunens yttersta ansvar, som socialtjänsten upplever är svårt att ta, då man inom socialtjänsten saknar adekvat psykiatrisk kunskap. Personer med missbruk och psykiska problem vårdas ofta kortvarigt, än här och än där, resurskrävande och med dåligt resultat. Variationen och flexibiliteten i arbetsformerna inom vuxenpsykiatrin upplevs av några kommuner vara alltför begränsade.

Flera kommuner tar upp att det dubbla huvudmannaskapet i frågor som rör psykiatri får konsekvenser för alla grupper med psykiska störningar. Det leder till

- oklarheter om ansvarsområden, ekonomiska åtaganden och uttalat revirtänkande. Resultatet av detta är att många människor hamnar mellan de båda huvudmännen
- olika vård- och behandlingskulturer. Personalen inom kommunen upplever att landstingets personal utgår från att deras kompetens i dessa frågor à priori är större och mer sofistikerad. Detta leder enligt flera kommuner till att psykiatrin och BUP plockar russin ur kakan och lämnar "skitjobben" till socialtjänsten. Det finns ett allmänt misstroende gentemot varandra och myter som närs av den uppdelning och den oklarhet som finns
- svårigheter att handskas med sekretessen
- styr och ledningsproblem.

I övrigt nämns att det saknas lämpliga boendeformer för flera grupper psykiskt störda. Många klarar inte eget boende främst beroende på stor ensamhet och isolering. Denna ensamhetsproblematik gäller framför allt dem med tyngre psykiska sjukdomar. Socialtjänsten får också mycket klagomål från grannar om störningar på grund av psykiskt sjuka som t.ex. "vänder på dygnet" och spelar hög musik nattetid.

Det saknas också i nästan alla kommunerna arbetstillfällen och lämpliga sysselsättningsformer för psykiskt störda personer. Det finns ett stort behov

av att fånga upp ock kunna erbjuda de psykiskt störda i kommunerna olika aktiviteter.

Flera kommuner anser att psykoterapeutiska behandlingar för psykiskt störda skall ligga inom sjukvården. I dag ökar socialtjänstens kostnader för psykoterapi kraftigt med hänvisning till kommunens yttersta ansvar. Man upplever det som olyckligt att det i dag råder oklarheter om vem som skall betala psykoterapeutiska behandlingar, landstinget eller socialtjänsten. Med hänvisning till att psykiatrin inte har några pengar skickas människor i dag till socialtjänsten och får ansöka om ekonomiskt bistånd till psykoterapikostnader. Psykiatrin står alltså för behovsbedömningen av psykoterapi medan socialtjänsten står för kostnaderna. Det borde enligt de flesta kommunerna vara landstinget som står både för bedömningen, kostnaderna och uppföljningen.

Ett huvudproblem som flera kommuner tar upp är att hemtjänsten saknar uppbackning från psykiatrin när det gäller insatser för psykiskt störda personer. Kritiken kan sammanfattas i följande punkter:

- De psykiskt störda är ej *tränade* för ett eget boende när de lämnar psykiatrins vårdinrättningar
- *Kontaktmannafunktionen* fungerar ej. Personer som har eget boende kan periodvis vara ineliggande på vårdinrättningar utan att hemtjänsten meddelas.
- Oklarhet över var *vårdplaneringen* skall ligga inom psykiatrin. Detta fungerar i dag inte.
- Strukturerat stöd (handledning) från de psykiatriska sektorerna saknas.
- Oklarhet när det gäller *ansvarsfrågan* vid medicinering; Skall det vara vårdinrättningen där patienten varit inlagd eller primärvården.
- *Utbildningen* i psykiatri inom hemtjänsten är otillräcklig. Kunskaper om psykiskt störda personer och deras beteende upplevs som bristfällig.

– Otillräckliga *personalresurser*, eftersom psykiskt störda personer är mycket personalkrävande.

– Problem att *aktivera* de psykiskt störda.

– Psykiatrins hårda *sekretess* utgör i vissa fall problem och ett organisatoriskt hinder för ett bra och fungerande samarbete.

Målet för socialtjänstens insatser för psykiskt störda personer regleras i socialtjänstlagen. Därutöver efterlyses *delmål* med åtföljande *riktlinjer* för verksamheten och en *strukturering* av arbetsformerna innebärande bl.a. samarbetsformer med psykiatrin. Man önskar att psykiatrin kunde bli mera "synlig" än för närvarande. De psykiatriska sektorerna borde på ett bättre sätt än hittills kunna *informera* om sin verksamhet. Förväntningar från ömse håll bör redovisas samt klagörande ske *om* och *hur* förväntningarna kan uppfyllas.

De problem och den kritik som socialtjänsten i Stockholms kommun har gentemot landstingets vuxenpsykiatri kan preciseras i följande punkter:

1. Den öppna psykiatrin befattar sig i allmänhet inte med de människor som söker socialtjänsten och har betydande psykiska problem.
2. Den öppna psykiatrin befattar sig i allmänhet inte med missbrukare med psykiska problem.
3. Den öppna psykiatrin befattar sig alltför ofta inte med de patienter, som skrivits ut från den slutna psykiatrin men som uppenbart är i behov av vård eller behandling för sina psykiska problem.
4. Psykiatrin bygger inte ut de nödvändiga mellanvårdsformer, som krävs för att ta hand om de patienter, som skrivs ut från den slutna psykiatriska vården och som uppenbart inte klarar sig i eget boende.
5. De psykiatriska klinikerna underlåter alltför ofta att informera socialtjänsten om vilka patienter som skrivs ut och till vilka villkor de skrivs ut – t.ex.

behov av fortsatt psykiatrisk vård eller behandling, uppgjorda planer för fortsatt kontakt med psykiatrisk behandlingsenhet, behov av socialtjänstens stöd, behov av boende etc.

6. Utskrivna patienter lämnas ofta bostadslösa och utan fortsatt vård och behandling utan att psykiatrin sökt kontakt med socialtjänsten för att lösa deras bostadsproblem. Resultatet har blivit att de befolkar inackorderingshemmen för missbrukare, vilket som regel leder till ytterligare försämrad psykisk status och dessutom förhindrar missbrukarna att erhålla tak över huvudet.

7. Psykiatrin organiserar inte det övergångs-/träningsboende, som enligt de egna planerna ankommer på psykiatrin att göra. Detta verifieras av bostadsförmedlingen, som endast i mycket få fall har fått begäran om lägenheter för dessa ändamål, trots att bostadsförmedlingen har beredskap att ställa lägenheter till förfogande.

8. Efter serier av önskemål och uttryckliga krav har psykiatrin ännu inte avsatt resurser för att möta de behov av biträde i vård och behandling av psykiskt sjuka missbrukare, som vårdas vid socialtjänstens institutioner.

9. I samband med nedläggningen av socialläkarinstitutionerna vid socialdistrikten försäkrade landstinget att denna uppgift skulle övertas av primärvården i samarbete med psykiatrin. Detta har inte skett.

10. Gränsdragningen mellan barn- och ungdomspsykiatrin och vuxenpsykiatrin vid 18 år lämnar flertalet ungdomar i gränsåldrarna utan erforderligt psykiatriskt stöd. Främst beror detta på att de vuxenpsykiatriska klinikerna ofta saknar erforderlig specialistkompetens för att bearbeta ungdomars psykiska problem samtidigt som de avvisas från PBU på grund av åldersgränsen.

11. Psykiatrin tillhandahåller i långt mindre utsträckning än vad som krävs psykoterapeutisk behandling.

Dessutom anger man att det är två internpsykiatriska förhållanden som synes ha väsentlig betydelse för rådande förhållanden:

1. I Stockholm dominerar en medicinsk-psykiatrisk hållning med ett sjukdomsbegrepp, som i huvudsak utesluter psykiska insuffienstillstånd, som inte kan klassificeras under diagnoserna schizofreni och psykos. Sjukdomsbegreppet är således vanligen snävt och tar sällan i beaktande psykodynamiska eller socialpsykologiska orsakssamband. Det förekommer givetvis undantag i de psykiatriska sektorernas sjukdomsdefinitioner. Inom Stockholms kommun utgör här Enskede-Skarpnässektorn det främsta exemplet på ett sådant undantag.

2. På grund av det snäva sjukdomsbegreppet bestämmer psykiatrin gränsförhållandet mellan psykiatri och socialtjänst vad avser missbrukare utifrån en intern definition av "vetenskap och beprövad erfarenhet", vilket får till följd att man skiljer mellan primära sjukdomstillstånd och sekundära. Primära sjukdomstillstånd, dvs. där psykiatrins företrädare diagnosticerar sjukdomstillståndet (exempelvis psykosen) som primärt i förhållande till missbruket, accepteras som ett psykiatrins ansvar. Om "psykosen" av psykiatrin anses vara sekundär i förhållande till missbruket och säkert eller osäkert kan anses vara en följd av missbruket hänförs vård- och behandlingsansvaret till socialtjänsten. Detta sker oberoende av hur grav den psykiska störningen än kan uppfattas vara.

Det bör då noteras att en psykisk störning oavsett dess genes, omfattning eller karaktär alltid är en störning i den enskildes psykiska struktur. Som sådan kan den inte undandras psykiatrins ansvarsområde. Socialtjänsten saknar i regel kompetens att behandla psykiska störningar.

Många psykiska störningar har sociala eller socialpsykologiska ursprung, men kan inte, när de väl uppstått, behandlas med endast korrigerande av sociala förhållanden. De kräver en kombination av psykologisk/psykiatrisk kompetens och kännedom om sociala och socialpsykologiska orsaksförhållanden. Det är därför angeläget att psykiatrin också utvecklar en socialpsykiatrisk behandlingsmetodik. Som exempel kan återigen nämnas Enskede-Skarpnässektorn.

Problem beträffande insatser för psykiskt störda äldre

De problem som följer av oklarheter i ansvarsfördelning mellan psykiatri och socialtjänsten och som redovisas ovan gäller alla grupper oavsett ålder dvs. även för psykiskt störda äldre.

Några kommuner anser dock att psykiatri när det gäller psykiskt störda äldre har en alltför stor tolerans mot psykisk sjukdom, vilket resulterar i att gamla människor "lämnas åt sitt öde" i för stor utsträckning. Psykiatrins insatser för psykiskt störda äldre upplevs inte ha samma prioritet som arbetet med de yngre åldersgrupperna, vilket innebär att mycket begränsade resurser avsätts för äldre med behov av psykiatrisk vård.

Å andra sidan har kommunernas socialtjänst sällan några särskilda mål, arbetsformer, resurser och organisation för psykiskt störda äldre, utan insatserna sker inom ramen för hemtjänstens normala verksamhet.

Äldreomsorgen i Tyresö kommun anser att samarbetet med psykiatri fungerar dåligt. När det gäller patienter som skall skrivas ut från slutenvården kontaktas hemtjänsten ytterligt sällan. Även kända patienter skrivs ut utan meddelanden till hemtjänsten.

Vaxholms kommun uppger dock att det i kommunen inte föreligger några problem vad gäller insatser för psykiskt störda över 65 år.

2. Situationen för psykiskt störda personer

Avgränsningen mellan socialtjänst-psykiatri när det gäller ansvarsfrågan upplevs som mycket luddig och får därför konsekvenser för de psykiskt stördas situation ute i kommunerna. Detta är den fråga som nästan samtliga kommuner lyfter fram som det stora problemet. Kommunerna uppfattar det som att landstinget vill vältra över både ansvar och kostnader på kommunerna. De vanligaste konflikterna kring avgränsningsproblematiken gäller psykiskt sjuka missbrukare och vem som skall svara för behandlingshemskostnaderna.

När det gäller eftervården av psykiskt störda personer upplever man att psykiatri ofta hänvisar till socialtjänstens yttersta ansvar. Den ekonomiska delen av eftervården vid psykisk sjukdom är betungande och om socialtjänsten övertar den delen, så medför det också att socialtjänsten övertar vårdan-

svaret och tillsynen vilket man upplever att man saknar kompetens för i dag.

När det gäller missbrukarsidan så anser man att socialtjänsten i dag inte får tillräckligt stöd från psykiatrin, vilket får konsekvenser för psykiskt störda med missbruksproblem. Kommunen får ta ansvaret i avvaktan på att psykiatrin och sjukvården skall träda in. Men eftersom psykiatrin ställer speciella krav på klienterna för att de skall få tillgodogöra sig vården, så blir det ofta kommunens yttersta ansvar som återstår.

Flera kommuner tar upp och jämför de psykiskt stördas situation med den för psykiskt utvecklingsstörda. För de senare upplevs gränserna som klarare och därför samarbetet med landstinget som betydligt bättre.

Någon kommun uppger att situationen för de psykiskt störda i kommunen troligen framöver kommer att bli allt svårare i takt med att kommunens resurser minskar. Gruppen psykiskt störda är själva mycket dåliga på att framföra sina synpunkter och sina behov av stöd och hjälp och i en minskande resurssituation kommer deras situation därför att uppmärksammas allt mindre.

3. Samarbete landstinget-kommunerna i Stockholms län

Det är tre kommuner som uppger att man har ett samverkansavtal mellan landstinget och kommunens hemtjänst. I Täby kommun uppger man att ett samverkansavtal gällande ett arbetscenter för psykiskt sjuka personer håller på att utarbetas.

Några kommuner uppger att man har en ledningsgrupp för samverkan mellan primärvård, psykiatri och socialtjänst.

I övrigt uppges att samarbetet sker sporadiskt och främst utifrån vissa enskilda ärenden. I Täby kommun ordnas samarbetsträffar då och då med psykiatrins kuratorer.

I Salems kommun har man ett välfungerande samarbete mellan socialtjänsten och det psykiatriska öppenvårdsteamet, dels genom gemensam planering i enskilda ärenden och dels genom att psykiatrins personal handleder socialtjänstens personal både inom individ- och familjeomsorgen och hemtjänsten.

Kommunerna i Stockholms län saknar annars främst fungerande samarbete med vuxenpsykiatrin. I Sundbyberg uppger man t.ex. att det är problem med att sektorn är orienterad åt universitetsklinik och biologisk forskning, vilket

bland annat gör att det är svårt med samarbetsfrågor. I Täby kommun anser man att samarbetet med den öppenspsykiatriska mottagningen inte fungerar bra, främst på grund av för små resurser hos psykiatrin och på grund av olika förhållningssätt till människor med problem. Socialförvaltningen vill se psykiatrin i ett vidare perspektiv och vill arbeta i öppnare former. Psykiatrin upplevs av socialförvaltningen som alltför individorienterad och medicinbase-rad.

I Tyresö kommun saknar hemtjänsten psykiatrins deltagande i vårdplaneringsgrupperna. Psykiatrins personal kräver att patienterna alltid skall besöka mottagningen och de hänvisar till sekretesslagen som ett hinder för samarbetet och deltagande i vårdplaneringsgrupperna.

Från individ- och familjeomsorgens sida i Tyresö kommun uppger man dock att samarbetet med den öppna psykiatriska mottagningen numera har förbättrats och att möjligheterna att tillsammans med psykiatrin göra hembesök, upprätta arbetsplaner och gemensamt ta emot besök har blivit bättre. Socialtjänsten, psykiatrin, primärvården och långvården i Tyresö kommun träffas också en gång i kvartalet i den s.k. SPPL-gruppen, där man diskuterar gemensamma övergripande frågor.

Samarbetet mellan socialtjänsten och BUP-PBU uppges genomgående vara det område där samarbetet är mest utvecklat och fungerar bäst även om det även här finns problem i samarbetet.

4. Bedömning av hur mycket resurser kommunerna satsar för psykiskt störda personer

De flesta kommunerna uppger att man har stora svårigheter att uppskatta hur mycket resurser som socialtjänsten avsätter för gruppen psykiskt störda personer.

Vaxholms kommun uppskattar grovt resursåtgången inom individ- och familjeomsorgen till 10–15 % av avdelningens tidsåtgång och pengar samt äldre- och handikappomsorgen till 20–25 % av tidsåtgång och pengar.

I Danderyds kommun finns två heltidstjänster inom individ-familjeomsorg som ägnar 40 % av sin tid till psykiskt störda plus en socialsekreterare som ägnar 15 % av sin tid till denna grupp. Inom äldreomsorgens hemtjänst åtgår 767 hemtjänsttimmar till psykiskt störda personer.

I Upplands Väsby kommun finns inom individ- och familjeomsorgen en särskild sektion med en chef, tre socialsekreterare samt fyra behandlingsassistenter som tillsammans med två mentalvårdare som bekostas av landstinget svarar för råd, stöd och bistånd till människor med psykiska problem samt äldre personer med långvarigt missbruk.

I Tyresö kommun åtgår ca 100 hemhjälpstimmar/vecka till psykiskt störda personer. Matlagsverksamhet och aktiviteter i en vårdbiträdeslokal sker 2 1/2 tim./dag alla dagar i veckan för åtta psykiskt störda personer. Inom individ- och familjeomsorgen uppskattas ca en socialsekreterares resurs åtgå till insatser för psykiskt störda. När det gäller utbildningsinsatser har psykiatrin anordnat två orienteringskurser i vårdarbete med inriktning mot psykiatrisk omvårdnad för personal inom kommunens hemtjänst.

5. Exempel på nya arbetsmodeller eller arbetsformer

I Upplands Väsby kommun hänvisar man till den särskilda sektion som inom individ- och familjeomsorgen arbetar speciellt med personer med psykiska störningar. Man försöker inom denna sektion också utveckla insatserna för boendestöd och en fungerande vardag och så långt möjligt undvika institutionsvård för psykiskt störda personer. Man disponerar dessutom två träningslägenheter i direkt anslutning till en särskild dagverksamhet för psykiskt störda människor samt ett 15-tal försökslägenheter.

Södertälje kommun ger följande exempel på nya arbetsmodeller som man praktiserar i kommunen:

– Inom den ordinarie verksamheten på en dagcentral för äldre och handikappade har en personal från dagcentralen (fritidsledare) och en personal från ett psykiatriskt rehabiliteringsteam samlat en grupp på sju yngre psykiskt störda. De träffas en gång i veckan och syftet är att ge denna grupp lite extra stöd i den ordinarie verksamheten. Erfarenheten av gruppen är mycket positiv.

– Två mentalskötare ingår i hemtjänstgruppen som arbetar i en baslokal för missbrukare och psykiskt störda. Mentalskötarna finns i lokalen tre eftermiddagar i veckan. Representant från reahabteam och en medlem från RSMH

finns även i lokalen vardera en eftermiddag i veckan. Mentalskötarna hjälper de psykiskt störda i hemmen under tid som de ej tjänstgör i lokalen. Mentalskötarna hjälper i övrigt till med kommundelens psykpatienter och har bra samarbete med Karlberga sjukhus och rehabiliteringslaget där. De får handledning från Karlberga.

I Täby kommun har man i årets budget avsatt särskilda medel för att tillsammans med psykiatrin inrätta ett särskilt arbetscenter för psykiskt störda personer. Arbetscentret är tänkt som en mellanarbetsform mellan dagverksamhet och AMIs olika verksamheter. Kommunen har också gjort en inventering av behovet av boendeformer för särskilt utsatta grupper.

I Danderyds kommun har man inom individ- och familjeomsorgen inrättat två heltidstjänster som skall arbeta särskilt med psykiskt störda personer.

I Tyresö kommun har man i ett område i kommunen där det bor relativt många psykiskt störda personer utvecklat en arbetsmodell inom hemtjänsten där man i stället för att laga mat åt dem var och en i deras hem så träffas man och äter gemensamt i vårdbiträdeslokalerna. Dessa matlag för psykiskt störda har nu fungerat i flera år och har utvecklats till att bli en samlingspunkt för andra aktiviteter som sällskapsspel, laga kläder, enskilda samtal, göra utflykter m.m. Resultatet är att personerna fungerar mycket bättre i sitt dagliga liv, får social gemenskap, ett ordentligt mål mat per dag och behöver färre hemhjälpstimmar än tidigare.

6. Förslag till lösningar

Danderyds, Upplands Väsby, Vallentuna, Salems och Vaxholms kommuner förordar ett enhetligt huvudmannaskap när det gäller den öppna vårdens insatser för psykiskt störda personer.

Täby kommun anser att en större samordning av resurserna inom landsting och kommun borde ske men menar att ett enhetligt huvudmannaskap inte skulle lösa alla problem i sig. Man anser att den psykiatriska vården har alldeles för lite resurser och att det är på grund av det som mycket av problemen i samarbetet uppstår. En samordning av resurserna när det gäller vården av psykiskt störda missbrukare är nödvändig. Den professionella kunskapen inom psykiatrin och socialtjänsten borde samordnas bättre och

föras ut i samhället till de psykiskt störda mycket mer än vad som görs i dag. Vad som bör eftersträvas är en enhetligare syn på problematiken och hur man på bästa sätt kommer tillrätta med den.

Södertälje kommun föreslår följande lösningar:

- Träningsboende före ett eget boende, efter en längre vårdtid
- Knyta mentalskötare till kommunens hemtjänstverksamhet
- Strukturerad handledning till hemtjänsten
- Fungerande vårdplanering och kontaktmannafunktion
- Klargörande av ansvarsfrågorna inom landstingssektorn
- Uppmjukning av sekretessbestämmelserna mellan myndigheter
- Gemensam planering av aktiveringsmöjligheter.

Vaxholms och Huddinge kommuner efterlyser bra boendekollektiv och fler gruppboenden för psykiskt störda.

Sundbybergs kommun anser det viktigt att upparbeta rutiner för samarbete mellan olika instanser i samhället, både vad gäller frivilliga organisationer och socialtjänstens och psykiatrins insatser. Framför allt gäller det att förstå varandras språk, då det annars kan bli osynliga murar mellan olika vårdformer. På grund av de begränsade resurser som finns i dag kan en satsning just på samverkansresurser ge ytterligare resursutnyttjande.

I Tyresö kommun efterlyser man rutiner för utskrivning av patienter från slutenvården som också följs. Varje utskrivning måste föregås av en vårdplanering. Hemtjänsten måste få kunskap om målen för den öppna psykiatriska verksamheten. Socialtjänsten och psykiatrin måste ha gemensamma mål för varje klient och arbeta tillsammans. Hemtjänsten har i många år efterlyst och försökt få tillstånd ett samarbete med psykiatrin utan att lyckas.

Söderåhre kommun föreslår följande lösningar:

1. Öppna upp för en större roll för kommunens nämnder och förvaltningsutskott i beslutandet om vilka kommunala verksamheter som ska utföras och hur de ska finansieras. Detta innebär att nämnderna ska ha ett större ansvar för att utvärdera och förändra kommunens verksamheter. Detta innebär också att nämnderna ska ha ett större ansvar för att utvärdera och förändra kommunens verksamheter.

- Öppna upp för en större roll för kommunens nämnder och förvaltningsutskott i beslutandet om vilka kommunala verksamheter som ska utföras och hur de ska finansieras.
- Öppna upp för en större roll för kommunens nämnder och förvaltningsutskott i beslutandet om vilka kommunala verksamheter som ska utföras och hur de ska finansieras.
- Öppna upp för en större roll för kommunens nämnder och förvaltningsutskott i beslutandet om vilka kommunala verksamheter som ska utföras och hur de ska finansieras.
- Öppna upp för en större roll för kommunens nämnder och förvaltningsutskott i beslutandet om vilka kommunala verksamheter som ska utföras och hur de ska finansieras.
- Öppna upp för en större roll för kommunens nämnder och förvaltningsutskott i beslutandet om vilka kommunala verksamheter som ska utföras och hur de ska finansieras.

Välkommen till Högskolan i Gäddede för en utbildning som ger dig de kunskaper och färdigheter som behövs för att kunna arbeta inom olika yrken och branscher. Vi erbjuder dig en utbildning som är både praktisk och teoretisk, och som ger dig en god grund för ditt framtida yrke. Vi erbjuder dig en utbildning som är både praktisk och teoretisk, och som ger dig en god grund för ditt framtida yrke.

I Gäddede kommun erbjuds en utbildning som ger dig de kunskaper och färdigheter som behövs för att kunna arbeta inom olika yrken och branscher. Vi erbjuder dig en utbildning som är både praktisk och teoretisk, och som ger dig en god grund för ditt framtida yrke. Vi erbjuder dig en utbildning som är både praktisk och teoretisk, och som ger dig en god grund för ditt framtida yrke.

UPPSALA LÄN

Från Uppsala län har svar inkommit från länets samtliga sex kommuner. Dessa är Enköpings, Håbo, Tierp, Uppsala, Älvkarleby och Östhammars kommuner.

1. Problem som kommunerna möter när det gäller insatser för psykiskt störda barn- och ungdomar

Från Uppsala kommun påpekas att den slutna barnpsykiatriens kraftiga nedrustning med avdelningar stängda på veckoslut och en avdelning som har varit stängd en längre tid samt minskningar av behandlingshemmens öppettider orsakat problem för kommunen. Det är svårt att finna fungerande placementsalternativ för det barn som skrivs ut från BUP till hemmet.

Utvecklingen inom barnpsykiatri är att de barn, som har sociala/psykosociala störningar har svårt att få stöd och vård inom psykiatri, även om de behöver det. Allt fler barn visar symptom på så kallade tidiga störningar, är utagerande och destruktiva, med svårigheter att känslomässigt knyta an till andra människor. Dessa barn är i behov av vård och behandling där kommunen och landstinget samarbetar för att bidra med vars och ens kompetens. Landstingets hållning och syn på dessa barn försvårar samarbetet betydligt. Det är ibland svårt att få dessa barn inlagda för en grundlig utredning och bedömning.

Problem beträffande insatser för psykiskt störda vuxna och äldre

Avinstitutionaliseringen och omstruktureringen inom psykiatri har enligt de flesta kommunerna lett till en nedskärning av resurser inom psykiatri. Landstinget har därmed övervältrat problemen till kommunerna utan att resurser samtidigt medföljer för att kommunerna skall kunna ge de psykiskt störda en bra och adekvat öppenvård.

Man påpekar också att planeringen av omstruktureringen inom psykiatri i

stor utsträckning skett på en nivå där kommunerna inte varit involverade.

Uppsala kommun riktar framför allt missnöje mot nedskärningen av den slutna vården. Denna har skett utan samplanering med kommunen. Patienterna skall i så stor utsträckning som möjligt bo hemma och få vården via de öppna psykiatriska mottagningarna. Detta ställer krav på kommunens hemtjänst på ett sätt som kommunen inte planerat för. Framför allt har denna grupp av patienter behov av omsorg på ett sätt som kommunens vårdbiträden inte har utbildning eller övriga resurser för. Effekten blir i vissa fall att patienterna får liten omvårdnad i förhållande till behoven.

Uppsala kommun påpekar också att den öppna psykiatrin inte är utbyggd i den omfattning som behövs för att klara den psykiatriska vården i öppna former. Kommunen ser brister dels genom väntetider till öppenvårdsmottagningarna, ibland intagningsstopp, dels att handledning och stöd till kommunens personal inte kan ges i den utsträckning som behövs.

Enköpings kommun upplever att man ofta har olika synsätt på vilka insatser som behövs. Inom psykiatrin gäller till övervägande delen medicinering och man bortser från de psykosociala problem som har att göra med hur människor skall fungera i vardagen. Man upplever också att det är svårt att få hjälp och stöd från psykiatrin när en omedelbar kontakt behövs. Socialtjänsten har svårt att få deras problem med en klient att "nä fram" till psykiatrin för att få dess hjälp.

Psykiatrin vill renodla sitt område, avgränsa utifrån psykiatriska diagnoser, vilket innebär att människor, barn och vuxna, med komplex problematik där sociala och psykosociala problem ingår hamnar mellan två stolar. Här har socialtjänst och psykiatri ofta motsatt uppfattning om vems ansvar det är.

Älvkarleby kommun saknar bl.a. stöd och handledning samt närhet till resurspersoner inom psykiatrin.

Håbo och Östhammars kommuner påpekar att det i dessa kommuner rör sig om så få personer som är psykiskt störda att man inte direkt ser några problem vad gäller insatser för dessa personer.

3. Samarbete landsting-kommunerna i Uppsala län¹

Samtliga kommuner uppger att samarbetet socialtjänst-psykiatri i dag inte fungerar särskilt bra. Flera kommuner uppger att det överhuvudtaget inte existerar några samarbetskontakter socialtjänst-psykiatri utom i enstaka enskilda ärenden.

Uppsala kommun uppger att samarbetet med den slutna vården fungerar sämre än den öppna. Ofta ser man problem och behov på olika sätt. Många gånger ser den slutna vården mer isolerat på patienten. Den öppna vården försöker ta med helheten på ett helt annat sätt. Samrådsgrupper på ledningsnivå förekommer sällan.

4. Bedömning av hur mycket resurser kommunerna satsar för psykiskt störda personer

Samtliga kommuner har haft svårigheter att uppskatta resursåtgång och därför inte kunnat besvara frågan.

5. Exempel på ny arbetsmodeller eller arbetsformer

Psykiatrin i norra sjukvårdsdistriktet och Gamla Uppsala kommun del har tillsammans utvecklat en gruppverksamhet för ensamstående föräldrar. Organisatoriskt ansvarar kommundelen för verksamheten men psykiatrin bidrar med handledning och annan kompetens.

Barnpsykteamet i norra distriktet och Gamla Uppsala kommun del har ett samverkansprojekt där tre skötare jobbar i öppenvård. De är samlokaliserade med ungdomsgruppen och familjehemsgruppen i kommundelen och jobbar med gemensamma verksamheter till viss del. En projektledare är anställd på pengar från socialstyrelsen och har bland annat till uppgift att utveckla olika samverkansformer mellan alla de som arbetar med ungdomar.

Ett tredje samverkansprojekt har startat i Gottsunda kommun del. En stor

¹ Ett relativt omfattande samverkansavtal kring insatser för människor med långvariga psykiska störningar/psykisk sjukdom mellan Uppsala läns landsting och kommunerna i länet har trätt i kraft den 1 januari 1992. Detta avtal redovisas i bilaga 2 som exempel på ett bra samverkansavtal. Avtalet var inte känt när kommunerna besvarade enkäten.

del av de familjer som barn- och familjegruppen respektive ungdomsgruppen kommer i kontakt med har psykosociala och/eller psykiska problem. Den öppna barnpsykiatriska verksamheten som finns inom västra distriktet räcker inte till för att klara behoven. Kommundelen har anställt en barnpsykolog som dels skall arbeta med bedömningar och som stöd dels också utveckla flera samverkansformer mellan kommundelen och öppenvårdsteamet.

Socialförvaltningen i Uppsala har sedan ett 10-tal år tillbaka finansierat Club Lindormens verksamhet. Detta är en socialpsykiatrisk förening för patienter som har varit och är inskrivna på Ulleråkers sjukhus. Verksamheten består av en öppen dagverksamhet och ett kooperativ som bedrivs i syfte att genom arbetsträning erbjuda mentalpatienter möjligheter till inträde på den öppna arbetsmarknaden. (Se "På Väg" s. 129)

6. Förslag till lösningar

Håbo, Tierp och Östhammaras kommuner anser att ett kommunalt huvudmannaskap för psykiatrin skulle förbättra situationen för patienterna i kommunerna under förutsättning att resurser som motsvarar verkliga möjligheter att ta hand om denna grupp också överfördes.

Uppsala kommun är inte beredd att ta större ansvar för dessa frågor än vad som redan sker, dvs. att skapa psykoterapeutiska behandlingsenheter i samarbete med psykiatrin. Vad man önskar är en bredare, mer gränsöverskridande samverkan. På vissa håll inom kommunen anser man dock att landstingen borde avvecklas och kommunen överta all vård och behandling. Stora administrativa besparingar skulle då kunna göras. Framför allt skulle nuvarande "gränstvister" kunna undvikas när en och samma huvudman har totalansvaret.

Vidare anser man i Uppsala kommun att en utbyggd öppenpsykiatri är nödvändig, såväl inom barn- och ungdomsvården som vuxenpsykiatrin. Fler behandlingshem behövs i synnerhet för barn och ungdom. Särskilt gäller detta för de mycket tidigt störda barnen och ungdomarna. Dessa barn saknar i dag högkvalitativa behandlingsmöjligheter.

Samarbetet med den slutna psykiatrin måste bli bättre. Det handlar dels om bristande resurser som pressar psykiatrins personal men dels även om synsätt och förhållningssätt. "Experttänkandet" skapar många gånger en bristande

respekt för den andres kunskaper och en ensidig uppfattning om problem-bilden hos klienten. Framför allt bemöts socialsekreterarna på ett sådant sätt av den psykiatriska "expertisen". En gemensam utbildning för personal inom socialtjänsten och psykiatrin bör komma tillstånd.

Enköpings kommun efterlyser en strukturerad handlingsplan med innehåll av åtgärdskedja och olika typer av samarbetsformer så att varje myndighet vet vem som tar och har ett ansvar och vem som har (de bästa) resurserna. I dag far klienterna illa av att ingen tar ett ansvar för helheten.

respekt för den andres känslor och ett samligt förhållningssätt som
 bilden hos klienten. Framför allt bör den psykiska hälsan på ett sätt som
 av den psykiatriska "experten" förstås som en del i ett större sammanhang som
 socialtjänsten och psykiatrien bör kunna stötta.

"Folkhälsovetenskapen erbjuder en social och medicinsk förståelse för
 av åtgärdsplaner och olika typer av samarbetsformer. Detta innebär att
 vet vem som tar och har ett ansvar för att de som är utsatta för
 i dag har tillräckligt tillgång till vård och omsorg för att kunna

...
 ...
 ...

...
 ...
 ...

...
 ...
 ...
 ...
 ...
 ...
 ...

...
 ...
 ...

...
 ...
 ...

SÖDERMANLANDS LÄN

Samtliga sju kommuner i Södermanlands län har besvarat enkäten. Dessa är Eskilstuna, Flen, Katrineholm, Nyköping, Oxelösunds, Strängnäs och Vingåker kommuner.

1. Problem beträffande insatser för psykiskt störda barn, ungdomar, vuxna och äldre

Ett allmänt problem som samtliga kommuner i länet ger uttryck för är det bristande samarbetet med psykiatrin, såväl vad gäller barn, ungdom som vuxna. Psykiatrins öppenvårdsteam anses alltför bundna till sina mottagningar. Framför allt gäller detta i de mindre kommunerna, som inte har egna team. Psykiatrin drar sig undan utan att stötta socialtjänsten i kommunerna tillräckligt.

Ett allvarligt problem som också samtliga kommuner tar upp är de psykiskt stördas bristande sysselsättningsmöjligheter. Även boendet uppges innebära vissa problem idag. Mer anpassade boendeformer efterlyses.

2. Situationen för psykiskt störda personer

Man är i kommunerna bekymrade över det ofta dåliga samarbetet med psykiatrin som får konsekvenser för de psykiskt stördas situation i kommunerna. Gränsen mellan socialtjänstens och psykiatrins ansvar är alldeles för oklar och det finns i dag en alldeles för stor gråzon.

3. Samarbete landsting - kommunerna i Södermanlands län

Samarbetet mellan socialtjänsten och kommunerna i Södermanlands län fungerar i dag dåligt.

Samverkan mellan landstinget och socialtjänsten har nyligen utretts inom sjukvårdsområdena och en del av de förslag som där framlagts är på gång att genomföras medan annat ännu inte har förelagts de förtroendevalda. Det

finns en förhoppning om att samarbetet framöver skall förbättras.

Man jämför med hur samarbetat mellan socialtjänsten och landstingets omsorgsverksamhet fungerar. Här har inte alls framförts motsvarande kritik. Gränsdragningen är här tydlig och några svårigheter i samarbetet beträffande de psykiskt utvecklingsstörda framförs inte.

Flera kommuner anser att psykiatrin gömmer sig bakom sekretessen. Detta gäller framför allt gentemot hemtjänsten. Detta skapar i onödan svårigheter i det praktiska arbetet med de psykiskt störda. Man anser att psykiatrin har lättare att släppa på sekretessen i samarbetet med socialsekreterarna inom individ- och familjeomsorgen än med hemtjänsten, varför problemen med sekretessen inte är lika stort där.

4. Bedömning av hur mycket resurser kommunerna satsar för psykiskt störda personer

Ingen kommun har vågat sig på att här uppskatta resursåtgången.

5. Exempel på nya arbetsmodeller eller arbetsformer

Även om det finns en hel del brister i samarbetet mellan kommunernas socialtjänst och psykiatrin i länet, finns det också en del gemensamma verksamheter som fungerar bra. I de flesta kommunerna finns sådana gemensamma verksamheter mellan socialtjänsten och psykiatrin. Nedan följer en uppräknig av dem som särskilt nämnts:

1. I en kommun har två vårdbiträden specialiserat sig och arbetar direkt med ett 15-tal psykiakt störda personer med stöd av psykiatrin. Visst samarbete förekommer här även med RSMH
2. En gemensam vårdbedömningsgrupp bestående av psykiater, sjuksköterska och företrädare för socialtjänsten förekommer i någon kommun
3. Fountain House
4. Gemensamt gruppboende med områdescentraler

5. Gemensamt hel- och halvskyddat boende

6. Psykiatrin står för handledning av hemvårdspersonal.

6. Förslag till lösningar

Det är en allmän uppfattning bland samtliga kommuner att det delade huvudmannaskapet medför problem. Ett enhetligt huvudmannaskap skulle, anser man, lösa många problem. Det är i dag, i vissa avseenden, vattentäta skott mellan psykiatrin och socialtjänsten. Det delade huvudmannaskapet medför också ett dubbelkommando i onödan. Vissa kommuner anser att hela primärvården då också borde föras över till kommunerna.

5. Gemensamt hel- och halvskriftligt beaktande

6. Fästaren står för handlingens riktiga innehåll

d. Förelag till jämförelser

Det är en allmän uppfattning bland samfundets medlemmar att människan är ett socialt djur. Detta innebär att människan inte bara lever för sig själv utan också i förhållande till andra människor. Detta innebär också att människan har ett ansvar för andra människor. Detta innebär också att människan har ett ansvar för samfundet. Detta innebär också att människan har ett ansvar för världen. Detta innebär också att människan har ett ansvar för framtiden.

ÖSTERGÖTLANDS LÄN

Svaren baseras på skriftliga uppgifter från fem av länets 13 kommuner. Dessa är Linköpings, Norrköpings, Valdemarsviks, Boxholms och Motala kommuner.

1. Problem som kommunerna möter när det gäller insatser för psykiskt störda barn- och ungdomar

Barnpsykiatriska klinikernas begränsade resurser i länet medför en alltför hård prioritering av vilka barn och ungdomar som får insatser därifrån. Inom ramen för denna begränsning fungerar dock enligt de flesta kommunerna samarbetet mellan socialtjänsten och BUP i stort sett bra. Vissa barn och ungdomar som har behov av både psykiatrisk kompetens från BUP och av psykosocial kompetens från socialtjänsten tenderar dock att falla mellan stolarna.

Valdemarsviks kommun menar dock att kontakterna och samarbetet med BUP kunde vara bättre. Barnpsyk, menar man, vill ofta "överta" ärendet/-familjen i sin helhet från socialtjänsten, något som upplevs som frustrerande av socialsekreterarna, som kanske arbetat länge med en familj och hoppats på samarbete med handledning och rådgivning från BUP. Socialtjänsten har ju fortfarande ansvaret. Önskvärt från individ-och familjeomsorgens sida är att BUP borde ha en mycket större förståelse för socialtjänstens kompetens samt en större insikt i socialtjänstlagens bestämmelser vad gäller ansvar och skyldigheter för kommunen.

De mindre kommunerna har i regel mycket lite samarbete med BUP. Barnomsorgen och individ- och familjeomsorgen i dessa kommuner har i regel BVC som sin enda samarbetspartner även när det gäller barn med psykiska störningar.

Problem beträffande insatser för psykiskt störda vuxna i arbetsför ålder

Samverkan mellan socialtjänsten och de psykiatriska klinkerna fungerar enligt samtliga kommuner inte tillfredsställande. Man har ofta helt olika bedömningar av prioriteringar, behov och arbetsmetoder mellan socialtjänsten och psykiatrin. Man är ibland också oense om vem som har ansvaret för att vederbörande får erforderliga insatser. Det kan innebära att nödvändiga insatser för en enskild person fördröjs.

Omstruktureringen av psykiatrin har medfört färre vårdplatser, och bristen på alternativa vårdformer är kännbar för kommunerna. I den bristsituationen leder inte sällan olika bedömning och prioritering till konflikter. Allra svårast upplevs det vara att få till stånd ett fungerande samarbete när det gäller människor som är svårt psykiskt sjuka och dessutom har avvikande beteende, missbruksproblem etc.

Avgränsningen mellan psykiatri och socialtjänst upplevs som flytande och oklar. Samtidigt som psykiatrin borde lära sig mer om vad socialtjänsten kan och inte kan så behöver socialtjänsten få bättre information om vad psykiatrin kan ställa upp med. Flera kommuner anser att socialtjänsten har mycket att lära av psykiatrin och dess arbetssätt med psykiskt störda. På vissa håll gör dock skötarna här en god insats som utbildare och konsulter till socialtjänstens personal. Dessa insatser är dock otillräckliga.

Man efterlyser regelbundna träffar mellan psykiatri och socialtjänst för att utbyta erfarenheter, förstärka varandras kompetenser och för att kunna göra rätt insats vid rätt tillfälle.

De mindre kommunerna såg gärna att den psykiatriska mottagningen kunde förläggas till kommunens vårdcentral 1-2 ggr/vecka för att öka sin tillgänglighet.

Problem beträffande insatser för psykiskt störda äldre

Socialtjänsten får enligt de flesta kommunerna ett mycket begränsat stöd vad gäller äldre människor med psykiska problem, depressioner etc.

Hemtjänstpersonalen saknar ofta handledning av psykiatrin i enskilda ärenden. Det är svårt att få ut psykiatripersonalen i hemtjänstens arbetsgrupper

eller hem till personer med psykiska störningar för bedömningar och psykiatriska insatser. Man tycker att det måste vara svårt för psykiatrin att enbart göra bedömningar på mottagning och klinik, då människor ofta fungerar olika på institution och i sin hemmiljö. Det ges dock exempel på öppenvårdsteam som arbetar mera utåtriktat och därmed kan möta hemtjänstpersonalen i deras arbetsmiljö.

Man anser att psykiatrin borde delta i vårdplaneringsgrupperna inom hemtjänsten och att det geropsykiatriska teamet hade möjlighet att göra akuta hembesök. I dag upplevar man det som mycket svårt att nå kontakt med psykiatrins personal i akuta lägen.

Det händer även att kontakten mellan psykiatrisk klinik och hemtjänsten inte fungerar i samband med utskrivning av patienter. Information om utskrivning kommer för sent för att hemtjänsten skall hinna planera sina insatser.

2. Situationen för psykiskt störda

Människor med psykiska störningar har ofta svårt att knyta sociala kontakter i samhället. Man umgås i förekommande fall oftast med andra personer som har samma handikapp. Socialtjänsten i Östergötlands större kommuner upplever att många psykiskt störda i eget boende är socialt isolerade. Det är principiellt riktigt att människor med psykiska störningar skall bo ordinarie om så är möjligt. Det saknas dock boende speciellt avpassat för dessa personer och med insatser för att bryta isoleringen. Inom socialtjänsten i främst Norrköping och Linköping har man kontakt med flera psykiskt störda personer som upplevs leva i social misär. Klubb Spången i Norrköping och klubb Regnbågen i Linköping är ett sätt att försöka bryta isoleringen, RSMHs verksamhet ett annat. Dessa verksamheter är dock långt ifrån tillräckliga.

Det upplevs som i stort sett omöjligt för denna grupp isolerade psykiskt störda att komma ut på arbetsmarknaden i dagens läge. Skyddat arbete är inte heller lättare att få eller behålla. Samhalls (Klintlands) krav på sina anställda är för stora för de flesta personer med psykiska störningar.

Beträffande samarbete med arbetsförmedlingen vad gäller arbete eller utbildning för de psykiskt störda så fungerar detta dåligt främst beroende på bristande förståelse för deras problem samt ofta orealistiska förväntningar

från inblandade parter.

I Linköping finns det en stor grupp, ca 50–75 personer, som saknar daglig aktivitet och meningsfull sysselsättning. Socialtjänsten och psykiatrin försöker dock nu att gemensamt arbeta tillsammans för att hitta fler lösningar på detta problem.

Det stora problemområdet som diskuteras i dag är personer i gränslandet mellan psykisk störning och missbruk samt barn och ungdom i gränslandet mellan psykisk störning och psykosocial störning. Meningsskiljaktigheter uppstår ofta här mellan de båda verksamheterna. Klarare ansvarsfördelning och bättre samarbete efterlyses här.

3. Samarbete landstinget – kommunerna i Östergötlands län

Skriftliga samarbetsavtal finns mellan samtliga kommuner som inkommit med svar och landstinget i Östergötlands län. Dessutom finns i regel forum för samverkan mellan förvaltningsledning för socialtjänst och hälso- och sjukvård liksom olika lokala forum för samverkan mellan socialtjänst och primärvård där i några fall psykiatrin också ingår.

Inom ramen för dessa s.k. psykiatriavtal har i **Norrköpings kommun** under 1988–1990 genomförts följande:

- PUSS-projektet (psykiatriutbildning, socialtjänst i samverkan) Syftet har varit att ge berörd personal (Äo-bo-iof) baskunskaper, en gemensam grundsyn och en ökad förståelse för personer med psykiska störningar. Kommunen har genomfört projektet med stöd av två projektarbetare som finansieras genom psykiatriavtalet.
- Till de tre dagverksamheter för personer med psykiska störningar, som planeras skall knytas tre skötartjänster som psykiatrin bekostar.
- Vid utflyttning från psykiatrisk långvård till eget boende bidrar psykiatrin med 75.000 kronor per person för att användas till behövliga insatser för personal, fortbildning, studiebesök etc. i syfte att underlätta för de utflyttade att leva ett så normalt liv som möjligt.

- Landstinget och kommunen har gemensamt anslagit medel för utvecklingsprojekt.

Basprojektet som är ett samverkansprojekt mellan socialtjänsten, psykiatrin och primärvården i Norrköping har genomförts under 1990–1991. Projektets resultat finns redovisat i bilaga 3.

Inom ramen för psykiatriavtalet har utbildningar för socialtjänstens personal i **Linköpings kommun** genomförts enligt följande:

- basutbildning för arbetsledare inom hemtjänsten (48 tim.) ca 90 personer
- basutbildning för vårdbiträden (20 tim.) ca 1 500 personer
- deltagande i enstaka kurs i psykosomatik, psykiatri 5 poäng ca 15 personer
- fördjupningskurs för vårdbiträden och arbetsledare (25 tim.) ca 1 600 personer. Utbildningens syfte har varit att arbetslag inom hemtjänsten tillsammans med externa experter från såväl sjukvårdshuvudmannen som från intresseföreningarna (IFS och RSMH) ska få en större kunskap i omhändertagande av människor med psykosociala problem.

Deltagarna i dessa utbildningar har gjort en personlig utvärdering av dessa. Utvärderingarna har varit mycket positiva och hemtjänstens personal ger uttryck för en ökad säkerhet i sin yrkesroll gentemot gruppen psykiskt störda. De känner nu till psykiatrins terminologi och personalen har lättare att ställa frågor och ta till sig mer kunskap i ämnet.

I Valdemarsviks kommun efterlyser man inom individ- och familjeomsorgen ett bättre och tidigare samarbete med psykiatrin då man saknar deras kompetens i behandlingsarbetet. Man efterlyser också utbildning om olika psykiska sjukdomstillstånd, vilket bedöms som nödvändigt för att även socialtjänsten skall kunna göra riktiga bedömningar och insatser i sitt arbete.

4. Bedömning av hur mycket resurser kommunerna satsar för psykiskt störda personer

Människor med psykiska problem finns inom olika delar av socialtjänsten. Många olika personalkategorier jobbar med insatser riktade till bl.a. denna målgrupp. Det har därför bland framför allt de större kommunerna varit svårt att utan en noggran undersökning kunna ange hur många människor med psykiska problem som får insatser från socialtjänsten och hur stor del av resurserna som riktas till denna grupp.

Boxholms kommun, som är en liten kommun, har dock angett exakta uppgifter:

– Individ- och familjeomsorg	37 000 kr./år
– Äldre- och handikappomsorg	695 000 kr./år
– Gruppboende	1 368 100 kr./år
(här ingår dock även åldersdementa)	
– Dagverksamhet för psykiskt störda	462 300 kr./år

Valdemarsviks kommun anger att man i dag inom individ- och familjeomsorgen satsar alldeles för mycket resurser på gruppen psykiskt störda personer.

5. Exempel på nya arbetsmodeller eller arbetsformer

Ett samverkansprojekt mellan psykiatrin och socialtjänsten i Linköping startade i Ryd 1990. Socialtjänsten är huvudansvarig för verksamheten och utövar den löpande ledningen av projektet. Vid behov av psykiatrisk konsult svarar psykiatriska kliniken i Linköping för detta. Syftet med projektet är att förbättra livskvaliten genom att erbjuda ett tillfredsställande stöd i boendet för dem som annars skulle behövt institutionsvård, dels erbjuda ökat stöd i boendet, hjälp med träning av ADL-funktioner, sysselsättning och kontakt för att minska social isolering.

Målgruppen som projektet vänder sig till är personer som på grund av svår och långvarig psykisk sjukdom behöver insatser från socialtjänst och psykiatri i hög omfattning. Verksamheten består av dels ett gruppboende för fem

personer och en dagverksamhet som vänder sig till ett 40-tal psykiskt störda personer. I gruppboendet arbetar en skötare anställd av landstinget och två vårdbiträden anställda av socialtjänsten. Vid dagverksamheten arbetar en arbetsterapeut anställd av landstinget och en socialsköterare och en halvtids värdinna är anställda av socialtjänsten. (Se "På väg" sid. 190.)

I Ljungsbro finns en gemensam gruppaktivitet för psykiskt störda. Verksamheten syftar till att genom gruppaktivitet ge möjlighet att återuppbygga självkänsla, bryta isolering och därigenom öka det psykiska välbefinnandet. Förnärvarande fungerar två grupper med vardera fem deltagare. Personalen består av en halvtid arbetsterapeut anställd av psykiatrin samt en person anställd av socialtjänsten. Egna lokaler finns i nära anslutning till en närlokal med olika aktiviteter som socialtjänsten driver. (Se "På väg" sid. 200.)

Klubb Regnbågen i Linköping är en dagverksamhet i klubbform som drivs av socialtjänsten. Klubb Regnbågen fungerar som en arbetsplats och som en storfamilj. Pedagogiskt och terapeutiskt tränas medlemmarna att se och stegra sin förmåga i praktiskt arbete och allmängiltigt socialt beteende. (Se "På väg" sid. 201.)

Socialtjänsten i Norrköping har tillsammans med psykiatrin satsat på en utbyggnad av dagverksamheter och stödboende för psykosocialt handikappade personer. Den första enheten är Klubb Spången – en dagverksamhet för totalt 50 inskrivna gäster. Kommunen bekostar föreståndare och ett vårdbiträde medan psykiatrin står för en arbetsterapeut. Hyres, drift- och utrustningskostnader delas lika mellan kommun och landsting. Ytterligare två enheter liknande Klubb Spången planeras under 1991/92. Till varje "Spång" skall knytas ett stödboende för 5–8 personer i normala lägenheter med en lägenhet för gemensamma aktiviteter och träning. Kommunen svarar för fyra årsarbetare personal och psykiatrin för två. I och med Ädel-reformen kommer kommunen från den 1 januari 1992 att ensam ansvara för hela verksamheten. (Se "På väg" sid. 205.)

I Norrköping har också socialtjänsten, psykiatrin och primärvården gemensamt genomfört en inventering av hur många psykosocialt handikappade som bor i kommunen. Man har också inventerat hur samverkan ser ut och genom intervjun kartlagt vilka behov man som psykiskt störd har i kommunen. Inventeringen – kallad "Basprojektet" – och dess resultat finns redovisad i

bilaga 3 som ett exempel på hur en sådan behovsinventering kan genomföras.

6. Förslag till lösningar

Kommunerna i Östergötlands län anger följande förslag till lösningar:

Det är viktigt att verksamhetsövergripande arbetsgrupper tillsätts i kommuner och kommundelar för att tillsammans kunna se lokala problem och ge förslag till olika lösningar.

Den inledda utvecklingen av dagverksamheter och stödboenden för psykiskt handikappade personer är en viktig del i att förbättra möjligheterna för denna grupp att kunna bo och fungera normalt i kommunen.

Man anser också att det principiellt borde vara bättre med en gemensam huvudman för insatser till förmån för gruppen psyko-socialt handikappade, framför allt när det gäller långsiktig planering.

Vid ett enhetligt huvudmannaskap är det dock viktigt att se till att hög psykiatrisk kompetens inte tappas.

Utlokalisering av de psykiatriska teamen till kommunens vårdcentral så att vården blir lättare att nå och att en viss avdramatisering av psykiatrin kan ske anges också.

Linköpings kommun hänvisar till kommunens yttrande angående Ädel-reformen:

"Denna bör ses som en delreform, där slutmålet måste vara så klara gränsdragningar som möjligt, vilket sannolikt står att finna med hela primärvården inklusive den öppna psykiatriska vården hos den kommunala huvudmannen. I det arbete som pågår med översyn av den psykiatriska vården, bör övervägas om inte den psykiatriska öppenvården, som har ett starkt samband med primärvården, bör överföras till kommunen."

JÖNKÖPINGS LÄN

Samtliga 11 kommuner i länet har här svarat på enkäten. Dessa är Aneby, Eksjö, Gislaved, Gnosjö, Jönköping, Nässjö, Sävsjö, Tranås, Vaggeryd, Vetlanda och Värnamo kommuner.

1. Problem som kommunerna möter när det gäller insatser för psykiskt störda barn- och ungdomar

Andelen "stökiga" barn inom barnomsorgen ökar vilket medför ökat behov av stödpersonal med psykologisk kompetens.

Ett ökande antal invandrabarn med bl.a. traumatiska krigsupplevelser visar beteendestörningar som kräver omfattande kvalificerade stödinsatser. Här saknar psykiatri resurser att bistå socialtjänsten.

Erfarenheterna av BUPs insatser är blandade. Några kommuner tycker att samarbetet och hjälpen socialtjänsten får från dem fungerar relativt bra. Andra pekar på svårigheter att få hjälp från BUP beträffande kraftigt utagerande barn, brist på behandlingshemsplatser för äldre ungdomar samt att BUP inte klarar t.ex. utlåtanden inom rimlig tid vid ansökan om LVU-vård. Det förekommer också gränsdragningsdiskussioner om ansvaret för placeringar.

Missbruk av framför allt hasch har på senare tid medfört att ungdomar drabbats av långvariga och svårbehandlade psykoser som socialtjänsten behöver för hjälp med från BUP.

Gemensamma målformuleringar saknas. Systemet inom BUP upplevs som slutet, vilket försvårar samarbetet.Handledning och konsultation sker endast vid akuta behov. Mer kontinuerlig konsultation och handledning efterfrågas.

Problem beträffande insatser för psykiskt störda vuxna i arbetsför ålder

Minskningen av slutenvårdsplatser har skett utan att reella alternativ i öppenvård har skapats. Frigjorda resurser har omfördelats inom landstinget i första hand. Kommunerna upplever brist på egna resurser för utveckling av boende, service och sysselsättning. Utskrivning av patienter med ofta mycket långa vårdtider har genomförts på ett sådant sätt att socialtjänsten ställs inför uppgifter som inte kan bemästras med nuvarande resurser. Kommunens yttersta ansvar åberopas därvid ofta.

Det råder stor brist på samsyn vad gäller definition av psykisk störning. Socialtjänsten ställs inte sällan ensam med psykiskt sjuka människor. Psykiatrins resurser nås inte med lätthet. Kommunerna uppfattar också oklarheter i rollfördelning mellan psykiatri och primärvården. Om primärvården skall utgöra den "första linjen" inom psykiatri behöver den tillföras psykiatrisk kompetens. Den öppna psykiatri bygger i alltför hög grad på att patienterna av egen kraft skall komma till mottagningen. Den oklara gränsdragningen och bristen på samverkan mellan socialtjänsten, psykiatri och primärvården gör att ingen har en helhetsbild av de psykiskt sjuka. Var och en arbetar utifrån sitt håll, ibland utan vetskap om vad de andra gör.

Ett växande problem är behandlingen av psykiskt störda missbrukare. Adekvata vårdformer saknas helt liksom kompetens såväl inom socialtjänsten som psykiatri.

Problem beträffande psykiskt störda äldre

Ökningen av människor med åldersdemens och äldre med psykisk störning kommer att kräva en kraftfull satsning på bl.a. utbildning, handledning och konsultationer och där socialtjänsten förväntar sig insatser från psykiatri. Utbyggnaden av nya vårdformer pågår. Samtidigt måste alternativ för de mest störande och vårdkrävande finnas. Kommunerna efterlyser också intresse och kompetens hos primärvården för utredning av av misstänkta demenser.

2. Situationen för psykiskt störda personer

Flera kommuner menar att många psykiskt störda personer som bor i eget boende lämnats utan det stöd man behöver. Framst saknas en konsekvent och kontinuerlig uppföljning av dem som skrivits ut till eget boende. En stor brist finns också när det gäller att hitta meningsfulla sysselsättningsformer för denna grupp.

I flera småkommuner där psykiatrisk öppenvård inte finns stationerad får socialtjänsten ta ett betydligt större ansvar.

Om man jämför med hur gruppen psykiskt utvecklingsstörda får stöd och hjälp så får de sina behov betydligt bättre tillgodosedda än gruppen psykiskt störda därför att ansvaret för de utvecklingsstörda är så klart definierat.

3. Samarbete landsting – kommunerna i Jönköpings län

Det finns ett övergripande generellt samverkansavtal mellan landstinget och samtliga kommuner i länet som gäller t.o.m. 1991 års utgång. Detta är ganska allmänt hållet och anger i relativt generella termer mål, medel och utbildningsinsatser för samverkan.

Samverkansavtal finns dessutom med några kommuner gällande gruppbo-städer. Huvudmännen delar på kostnader som inte ingår i hyran. Personal tillsätts enligt kompetensprincipen.

Det finns generellt sett många brister i samverkan men det anges även exempel på det motsatta. Samverkan när det gäller utbildning och handledning till personal inom hemtjänsten anges fungera bra på flera håll.

De grupper, där samverkan framför allt brister, gäller psykiskt störda missbrukare och tortyr- och krigsskadade flyktingar.

4. Bedömning av hur mycket resurser kommunerna satsar för psykiskt störda personer

De flesta kommunerna har inte kunnat uppskatta hur stor andel av insatserna som ges till psykiskt störda. Däremot menar alla att andelen ökar. De flesta har genomfört utbildning för hemtjänsten vad gäller insatser för psykiskt störda personer.

En liten kommun uppskattar att 10–15 % av arbetstiden inom individ- och

familjeomsorgen gäller psykiskt störda. En annan kommun (ca 30 000 inv.) har nio heltidstjänster inom barnomsorgen för barn med psykiska störningar. En tredje kommun i samma storlek har vid en inventering av särskilt vårdkrävande inom hemtjänsten i januari 1990 bedömt att 64 personer tillhörde gruppen psykiskt sjuka.

5. Exempel på nya arbetsmodeller eller arbetsformer

Olika former av gruppboenden startar nu i flera kommuner i Jönköpings län.

Ett bra samarbete mellan hemtjänstens arbetslag och den psykiatriska dagverksamheten finns i ett område i Jönköping.

Ett fungerande kooperativ "Vägskälet" i samverkan mellan socioterapin i Jönköping, Sörängens folkhögskola och f.d. patienter. (Se "På väg" sid. 217.)

En verksamhet för 24 psykiskt störda personer på Visingsö som arbetar med landskaps- och skogsvård nämns också som ett exempel på en bra arbetsform.

6. Förslag till lösningar

Flera kommuner i Jönköpings län anser att ett enhetligt huvudmannaskap skulle bidra till bättre lösningar än i dag. Det gäller framför allt boende och dagverksamheter.

Den öppna psykiatrin måste arbeta mer aktivt stödjande.

Psykiatrisk kompetens behöver tillföras primärvården.

Med hänsyn till de ändrade ansvarsförhållandena som Ädel kommer att innebära anser man också att ett alternativ kunde vara att tillföra kommunerna psykiatrisk kompetens.

KRONOBERGS LÄN

Fem kommuner av länets åtta kommuner har skriftligt besvarat enkäten. Dessa kommuner är Ljungby, Växjö, Alvesta, Lessebo och Uppvidinge kommuner.

1. Problem som kommunerna möter när det gäller insatser för psykiskt störda barn- och ungdomar

Målen för kommunernas arbete med psykiskt störda och ansvarsfördelningen socialtjänst-psykiatri upplevs som oklara. Resurserna inom BUP är ej tillräckliga främst när det gäller behandlings- och utredningsplatser. Det brister också i adekvat kompetens och kunskap för vad socialtjänsten behöver hjälp med när det gäller barn- och ungdomar med psykosociala störningar.

Det finns också enligt några kommuner en tendens att fel prioritera de resurser BUP har. BUP sätter in fler och fler resurspersoner ju "svårare" problemet är. Detta upplevs ibland från socialtjänsten som slöseri med resurser då det samtidigt finns många som inte får någon hjälp alls från BUPs sida.

Annars upplevs barn- och ungdomspsykiatrin vara den av landstingets verksamheter inom psykiatriområdet som fungerar bäst i samarbetet med socialtjänsten.

Problem beträffande insatser för psykiskt störda vuxna i arbetsför ålder

Samarbetet mellan socialtjänst-vuxenpsykiatri fungerar dåligt enligt de tillfrågade kommunerna.

Mål och ansvarsfördelning är oklar. Vem skall göra vad? Det finns också bristande kunskap och förståelse för varandras kompetenser. Kommunikationen mellan psykiatrin och socialtjänst brister och man värnar om sina revir alltför mycket.

Ett problem här är bristande kunskap i psykiatri från socialförvaltningens sida. Socialarbetare från socialtjänsten kan ofta "klampa in" i familjer utan att vara medvetna om att psykiatrins och socialtjänstens arbetsmetoder ej alltid stämmer överens. Detta förhållande föreligger även omvänt.

Problem beträffande insatser för psykiskt störda äldre

Man upplever att det är svårt att hitta lämpliga boendeformer för psykiskt störda över 65 år. Behövs framförallt fler gruppboende som är anpassade till denna grupp. Det är idag stora svårigheter att placera psykiskt sjuka äldre så att de får den psykiatriska vård de behöver. Det upplevs som svårt att få hjälp från psykiatrin med framför allt de svårast sjuka. Det råder brist på platser för akut- och kortare vård.

Det saknas kunskap inom socialtjänstens äldreomsorg vad gäller psykiskt störda äldre; det saknas tid (denna grupp är mycket tidskrävande); det saknas resurser och det upplevs som mycket svårt att få kvalificerad handledning från psykiatrin.

En fråga man ofta ställer sig är: Vad är psykiatri och vad är omsorg? Vem avgör insatsen och vårdnivån? Inom hemtjänsten känner man trycket öka från människor med psykiska störningar som skall bo hemma och som behöver mycket stöd och hjälp i hemmet. Stöd och handledning från psykiatrin saknas. Detta, anser man, borde vara en självklarhet att få från psykiatrin.

Inom hemtjänsten försöker man se till den enskildes totala behov (helhets-syn) men när vårdbiträdet ej förmår att tillgodose detta för en psykiskt störd person med ångest, depression, aggressivitet m.m. känns det jobbigt och då behövs det handledning för att klara av situationen. Vårdbiträdet träffar den enskilde i dennes hem, kommer ofta personen i fråga väldigt nära. Vårdbiträdet sitter därför inne med väldigt mycket kunskap om den sjukas situation som dock ingen efterfrågar.

Det är idag svårt att finna bra arbetsformer som stämmer in på den här gruppens behov där likartat synsätt, kontinuitet, helhetssyn m.m. är oerhört viktigt för den enskilde. Det är också svårt att få till stånd mjuka, välplanerade övergångar från sluten psykiatrisk vård och öppen psykiatrisk vård och till hemtjänsten, där alla inblandade samarbetar. Det finns hos hemtjänsten en osäkerhet och därmed rädsla för dessa arbetsuppgifter.

2. Situationen för psykiskt störda personer

Det saknas i dag framför allt lämpliga boendeformer för psykiskt störda personer samt sysselsättnings- och aktivitetscenter för psykiskt handikappade. De flesta fritidsaktiviteterna är förlagda till arbetstid. Det finns ett behov av fler kvälls- och helgplanerade aktiviteter därför att denna grupp ofta saknar ett fungerande socialt nätverk.

Det är svårt att hitta skyddade arbeten åt den här gruppen. Samhall fungerar inte bra när det gäller att ge gruppen psykiskt störda ett skyddat arbete.

Man upplever att vuxenpsykiatrin ofta har dålig kunskap om och insikt i hur barn har det med en psykiskt sjuk förälder. Det förekommer att patienter försöksutskrivs eller får permission eller skrivs ut till hemmet trots att hemmavarande barn far illa av detta och utan att man tar hänsyn till barnens behov av stöd och hjälp.

3. Samarbete landsting – kommunerna i Kronobergs län

Samarbetsavtal mellan kommunerna och landstinget finns men fungerar inte särskilt bra.

En diskussion som hela tiden fortgår är den mellan BUP och socialförvaltningarna i länet, om hur man skall samarbeta. Ett nära samarbete med BUP upplevs från socialförvaltningarnas sida som nödvändigt för att barn- och ungdomar skall kunna erbjudas ett ändamålsenligt stöd och för att befintliga resurser skall utnyttjas på bästa sätt. Problemen i samarbetet är följande:

- resursbris; tids- och platsmässigt från BUPs sida
- olika definitioner på psykiska problem
- olika mening om utredning/behandling
- socialtjänsten har en övertro på barnpsykiatris möjligheter och tar därför inte alltid vara på sina egna resurser.

Samverkansgruppen BUP-polis-åklagare-socialförvaltning angående miss-handel och sexuella övergrepp på barn fungerar tillfredsställande.

Från socialförvaltningarnas sida tycks vuxenpsykiatris organisation vara något "rörig".

En annan faktor som nämns som försvårande för samarbetet är att det finns en övertro på den psykiatriska auktoriteten, inte bara från socialtjänsten utan också från politiker och allmänhet. Det skulle behövas en statushöjning av det sociala arbetet för att kunna förbättra samarbetet.

Ett annat problem som upplevs hindra samarbetet är de sekretessregler som finns. Ofta upplevs det dock som att man gömmer sig bakom sekretessregler för att hindra samarbete.

4. Bedömning av hur mycket resurser kommunerna satsar för psykiskt störda personer

Ljungby kommun: Två socialsekreterare på helår arbetar med psykiskt störda personer inom individ- och familjeomsorgen. Inom Äldreomsorgen uppskattas ca 7–8 % av äldreomsorgens budget gå till gruppen psykiskt störda.

Alvesta kommun: Inom hemtjänsten uppskattar man att ca 50 tim./vecka läggs ner till gruppen psykiskt sjuka. Inom individ- och familjeomsorg har man 4 hemvårdare på heltid till familjer med psykiska problem. Till detta tillkommer socialsekreterarnas insatser.

Växjö kommun uppskattar resurserna som läggs ner inom individ- och familjeomsorg till ungefär en socialsekreterartjänst på heltid. Inom hemtjänsten åtgår ca 20 heltidstjänster/år samt administrativ personal ca en tjänst.

Övriga kommuner har inte kunnat uppskatta resursåtgången.

5. Exempell på nya arbetsmodeller eller arbetsformer

Ett gruppboende och några gemensamma dagverksamheter nämns som en fungerande modell för hur socialtjänst och psykiatri kan arbeta tillsammans.

I Växjö kommun hjälper mentalskötare från psykiatrin kommunens vårdbiträden i hemtjänsten.

Ett särskilt team för invandrare med psykiska problem nämns också som en uppskattad verksamhetsmodell.

6. Förslag till lösningar

Problemen mellan psykiatrin och socialtjänsten är ofta ett definitionsproblem – Vad är psykiatri? Om man kunde åstadkomma en enhetlig definition av vad som är psykiatri skulle samarbetet underlättas avsevärt.

Ett enhetligt huvudmannaskap skulle underlätta arbetet men så länge alla resurser inkl. läkarresurserna inte samordnas kommer avsevärda gränsdragningsdiskussioner att förekomma.

I övrigt skulle det behövas:

- mer organiserad samordning med kontinuerliga träffar psykiatrik – socialtjänsten
- mer organiserad handledning, inte minst för hemtjänstpersonalen
- en kontaktfunktion i komplicerade ärenden
- mer utbildning.

Siehe auch die Einleitung, die den Zusammenhang zwischen den einzelnen Kapiteln darlegt. Die folgenden Abschnitte behandeln die verschiedenen Aspekte der Thematik.

Die ersten drei Kapitel sind dem Aufbau und der Entwicklung der Organisation gewidmet. In den darauffolgenden Kapiteln werden die verschiedenen Funktionen und Aufgaben der Organisation im Detail beschrieben.

- mit organisatorischen Maßnahmen, die zur Erreichung der Ziele beitragen
- Teil der Kommunikation in der Organisation
- mit der Ausbildung

Die letzten drei Kapitel behandeln die verschiedenen Aspekte der Führung und der Mitarbeitermotivation. In den darauffolgenden Kapiteln werden die verschiedenen Methoden und Techniken der Führung im Detail beschrieben.

Die letzten drei Kapitel behandeln die verschiedenen Aspekte der Organisationsentwicklung. In den darauffolgenden Kapiteln werden die verschiedenen Methoden und Techniken der Organisationsentwicklung im Detail beschrieben.

Die letzten drei Kapitel behandeln die verschiedenen Aspekte der Organisationskultur. In den darauffolgenden Kapiteln werden die verschiedenen Methoden und Techniken der Organisationskultur im Detail beschrieben.

Die letzten drei Kapitel behandeln die verschiedenen Aspekte der Organisationsstruktur. In den darauffolgenden Kapiteln werden die verschiedenen Methoden und Techniken der Organisationsstruktur im Detail beschrieben.

Die letzten drei Kapitel behandeln die verschiedenen Aspekte der Organisationsstrategie. In den darauffolgenden Kapiteln werden die verschiedenen Methoden und Techniken der Organisationsstrategie im Detail beschrieben.

Die letzten drei Kapitel behandeln die verschiedenen Aspekte der Organisationsbewertung. In den darauffolgenden Kapiteln werden die verschiedenen Methoden und Techniken der Organisationsbewertung im Detail beschrieben.

Die letzten drei Kapitel behandeln die verschiedenen Aspekte der Organisationsreife. In den darauffolgenden Kapiteln werden die verschiedenen Methoden und Techniken der Organisationsreife im Detail beschrieben.

KALMAR LÄN

Svaren baseras på skriftliga uppgifter från sju av länets 12 kommuner. Dessa är Kalmar, Torsås, Oskarshamns, Högsby, Nybro, Mörbylånga och Emmaboda kommuner.

1. Problem som kommunerna möter när det gäller insatser för psykiskt störda barn- och ungdomar

Insatserna för psykiskt störda barn och ungdomar försvåras av BUPs begränsade resurser. Socialtjänsten har stora diagnostiska behov som BUP inte kan tillgodose på grund av sin otillräckliga kapacitet. Vid placeringar saknas bra alternativ.

Det finns ett mycket påtagligt behov av insatser för tidigt störda barn tillsammans med deras mammor – som själva kan tillhöra kategorin tidigt psykiskt störda. Enligt socialtjänstens erfarenheter ökar antalet sådana barn.

På det hela taget önskar kommunerna i Kalmar län – och det gäller inte bara insatser för barn och ungdomar – att det fanns en gemensam målsättning för kommunerna och landstinget med en beskrivning av vad man gemensamt vill uppnå och hur detta skall gå till. Man har den uppfattningen att både vuxenpsykiatri och BUP arbetar mycket isolerat och att det är dålig samordning mellan verksamheterna. Man är inom socialtjänsten osäkra på de mål som dessa verksamheter har. Om det finns några så är det inte något som märks utåt gentemot socialtjänsten.

Socialtjänsten har behov av handledning och hjälp inte minst när det gäller en del vårdnads- och umgängesärenden, till familjehem, incestärenden, problem hos flyktingbarn samt komplicerade familjebehandlingar.

Behandlingshem för psykiskt störda barn och ungdomar efterlyses. Spädbarnsverksamhet för barn och mammor (typ Viktoriagården i Malmö och Gryningen i Karlskoga) där den psykologiska kontakten mellan spädbarnet och mamman inte fungerar borde finnas i varje kommun eller primärvårds-

distrikt.

BUP borde ha resurser för behandling av psykiskt störda missbrukande ungdomar.

Problem beträffande insatser för psykiskt störda vuxna i arbetsför ålder

När det gäller psykiskt störda människor i arbetsför ålder framträder sådana missbrukare som i kombination med sitt drogberoende har en konstitutionell eller förvärvad psykisk ohälsa som en grupp med svårbemästrade problem. Många döms till en evig rundgång mellan socialtjänsten och den psykiatriska vården och hittar kanske inte ens stolar att hamna emellan förrän ålderdomen kommer. Socialtjänsten har ofta hävdad att kompetensen finns inom psykiatrin, som i sin tur uppfattas som obenägen att se något annat än missbruket som den primära orsaken till patientens belägenhet.

Det behövs fler boendekollektiv, gruppboenden med personal i större omfattning och små behandlingshem.

Psykiatrin måste ge utbildning och handledning till hemtjänstpersonalen inom socialtjänsten som arbetar med psykiskt störda i arbetsför ålder.

Vuxenpsyk isolerar sig alltför mycket och begränsar insatserna till medicin och terapi i enskildhet i alltför hög utsträckning. Psykiatrin borde i samarbete med socialtjänsten ägna sig mer åt nätverksterapi/arbete och liknande psykosocialt behandlingsarbete.

Problem beträffande psykiskt störda äldre

De äldre överges från psykiatrin alltför tidigt. Hemtjänsten möter i dag ett stort antal människor med psykiska problem, kända även av psykiatrin. Det man önskar från socialtjänstens sida är psykiatrins handledning och stöd till hemtjänstgruppen, förbättrad information från vuxenpsyk kring patienters status för att kunna ge rätt stöd och vård från hemtjänsten. I vårdplaneringsgrupperna borde psykiatrin ingå för bättre helhetssyn i enskilda ärenden.

2. Situationen för psykiskt störda

Från socialtjänsten upplevs samarbetet och samverkan med psykiatrin som otillfredsställande. Människor hamnar ibland i problematiska lägen som

orsakas av oenighet mellan socialtjänsten och psykiatrin kring ansvarstagande. Socialtjänsten anser att psykiatrin borde ta ett större ansvar t.ex. när det gäller psykiskt störda missbrukare.

Psykiatrin upplevs ha dålig kunskap om socialtjänstens resurser och möjligheter liksom om samhället i övrigt.

Psykiatrin borde också ha en öppenvårdsverksamhet som gav möjlighet till hembesök i större utsträckning. De psykiskt sjuka lämnas alltför mycket ensamma och man följer inte upp då de slutar att ta sin medicin.

Det är svårt att lösa boendefrågan för vissa psykiskt sjuka liksom aktivering och meningsfull sysselsättning.

3. Samarbete landstinget – kommunerna i Kalmar län

Skriftliga samarbetsavtal i kommunförbundets regi finns med landstinget för samtliga kommuner. En mängd olika samverkansgrupper finns med de olika kommunerna på central och lokal nivå. Flera kommuner uppger att dessa samverkansgrupperna fungerar tillfredsställande.

4. Bedömning av hur mycket resurser kommunerna satsar för psykiskt störda personer

Oskarshamns kommun uppger att man uppskattar socialtjänstens kostnader för insatser till psykiskt störda till ca 3 milj.kr./år.

Nybro kommun uppskattar att man satsar ca 40 % av individ- och familjeomsorgens resurser på personer med psykiska problem, är svårt störda eller har missbruk. Äldreomsorgen uppskattar att man satsar ca 25 % av sina resurser på personer som är psykiskt störda i en eller annan form.

I Kalmar uppskattar man att det inom äldreomsorgen finns ca ett femtiotal personer med psykisk störning. Därutöver finns kombinationen psykisk störning och missbruk som stort inslag i hemtjänsten. Individ- och familjeomsorgen har fyra specialsamariter som upprätthåller täta kontakter, stöd och viss omvårdnad för ett femtiotal personer med psykiska störningar.

Övriga kommuner har inte kunnat uppskatta resursåtgången.

5. Exempel på nya arbetsmodeller eller arbetsformer

Kontaktgrupperna i Kalmar län som är en psykiatrisk dagvårdsresurs för primärvården med elva träfflokaler utspridda i olika kommuner inom länet nämns som en ny utmärkt verksamhet av flera kommuner i länet. (Se "På väg" sid. 202.)

6. Förslag till lösningar

Några kommuner tror att ett enhetligt huvudmannaskap skulle lösa många problem.

Oskarshamns kommun anser att psykiatrin borde finnas på vårdcentralerna. Detta skulle kunna medföra tidiga och förebyggande insatser samt att vårdcentralernas övriga personal lärde sig ta tag i psyk. resp. missbruksproblem på ett bättre sätt än i dag. Man anser också att psykiatrin måste ut mer både organisatoriskt och framför allt metodmässigt. Man anser att psykoterapi i isolerad form lätt kan bli ett självändamål och till och med vara konserverande i stället för att vara rehabiliterande. Ett väl fungerande psykosocialt nätverksarbete i samarbete med socialtjänsten där psykoterapi ingår som en del i en helhetssyn i behandlingsarbetet tror man mer på i framtiden.

Nybro kommun tror dock inte på att ett enhetligt huvudmannaskap skulle lösa några större problem. De problem som socialtjänsten i dag upplever i förhållande till psykiatrin beror främst på de oklara roller som psykiatrin har fått under de senaste åren. Den s.k. "jämlikheten i vården" har gjort att sjukvårdsbiträde och psykolog väger ungefär lika tungt i behandlingen av de psykiskt sjuka. Problemen för socialtjänsten är då att när socialtjänsten remitterar klienter till psykiatrin och en vårdavdelning där så finner man att den personal som arbetar med personen där har sämre utbildning i psykiatri och psykosocialt behandlingsarbete än vad socialarbetarna inom socialtjänsten har. Man ser den kompetensuttunnning som skett inom psykiatrins vårdavdelningar, dvs. att alla jobbar med allt, som en stor fara.

BLEKINGE LÄN

Från kommunerna i Blekinge län har svar inkommit från Karlskrona, Ronneby och Karlshamns kommuner. Men med kännedom om de övriga kommunernas erfarenheter bedöms dock svaren av länsförbundet som representativt för Blekinges samtliga fem kommuner.

1. Problem beträffande insatser för psykiskt störda barn- och ungdomar

Inom barn- och ungdomspsykiatri i Karlskrona saknas fast anställd läkare som kan ta det medicinska ansvaret. I dagsläget finns där läkare endast enstaka dagar. Inom BUP bör det alltid finnas en läkare som ansvarar för det dagliga arbetet.

Behandlingshemmet Kjestorp har endast öppethållande fem dagar per vecka. Inläggningsmöjligheter vid tvångsomhändertagande saknas således. Det kan vara svårt att få en remiss till annan barnpsykiatrisk ungdomsklinik då någon läkare inom BUP inte är tillgänglig.

Blekinge saknar en ungdomsklinik. Dessutom föreligger platsbrist på barn- och ungdomskliniker i angränsande län. Även om remiss till utomlänsavdelning kan utvärkas saknas således möjlighet till placering av den unge. Vad som då kan erbjudas är Gullberna mentalsjukhus, akutintag. Det är dock otillfredsställande att en ungdom i åldern t.ex. 15–20 år skall vistas på en dylik avdelning med vuxenklientel och blandat med psykiskt sjuka.

Psykiskt störda ungdomar med eller utan drogproblem står utan de vårdmöjligheter som svarar mot deras behov. Ansvaret för dessa ungdomar bollas mellan olika myndigheter. Socialtjänsten, som inte har de resurser som svarar mot dessa ungdomars vårdbehov får likväl ta ansvaret. Vissa ungdomar blir därför felplacerade.

Ett mindre antal ungdomar, som omhändertagits enligt LVU, får inte den behandling som krävs. De straffar t.ex. ut sig från institutionen de placerats på eller så bedömer personalen att de inte kan ha ungdomen kvar. Deras

utagerande beteende, flyktbenägenhet, tillfälliga kriser med självmordsförsök har skapat behov av akuta omhändertaganden och de har behov av en mycket kvalificerad vård. Det har förekommit svårigheter att utverka vård i akuta situationer, detta i situationer då ungdomarna varit i stort behov av psykiatrisk vård. Vem tar t.ex. ansvaret för ungdomar som hotar med självmord – socialtjänsten eller den psykiatriska vården.

Kommunerna i Blekinge efterlyser därför enklare förfarande och samverkan också mellan landstingen vad gäller ungdom som vårdas utom länet på olika institutioner och ett bättre samarbete mellan socialtjänstens institutioner och den psykiatriska vården för att uppkomna situationer lättare skall kunna lösas.

Problem beträffande insatser för psykiskt störda vuxna

När det gäller vuxenpsykiatrin upplevs den överlag fungera bättre än barn- och ungdomspsykiatrin. Särskilt väl uppges vuxenpsykiatrin fungera i Ronneby kommun. I den öppna vården finns här ett bra samarbete med socialtjänsten. När vuxenpsykiatrin väl tagit emot någon så tar de ansvar. Svårigheter ur kommunernas perspektiv föreligger dock med de psykiskt störda som ej är motiverade att ha kontakt med psykiatrin.

Problem beträffande insatser för psykiskt störda äldre

Bedömningen här från kommunernas sida är att psykiatrins resurser för psykiskt störda äldre är alltför snålt tilltagna. Man önskar här att man hade samma samarbetsformer som man har med primärvården.

2. Situationen för psykiskt störda personer

Ett problem som får konsekvenser för de enskilda psykiskt störda personernas situation är att de "hamnar" mellan myndigheterna, vilket leder till att inte någon tar ansvaret för personens behov av hjälp.

3. Samarbete landstinget - kommunerna i Blekinge län

Samarbetet med vuxenpsykiatrin uppges fungera bra. Särskilt väl fungerar vuxenpsyki i Ronneby. Ett bra samarbete finns också med psykosociala grup-

pen. Denna grupp ger stöd och träning allt efter personens behov och i samarbete med socialtjänsten.

Samarbetet med barn- och ungdomspsykiatri fungerar inte lika bra. Stora svårigheter att få BUP att ta sig an ett ärende. Det tar framför allt tid. Socialtjänsten måste slutföra sitt ärende mycket noga. BUP kräver att familjerna de skall samarbeta med är välmotiverade och behandlingsbara för att barnpsykiatri skall ta emot dem. Påbörjas t.ex. en behandling som inte ger något resultat eller personen avböjer fortsatta kontakter avslutas ärendet.

4. Bedömning av hur mycket resurser kommunerna satsar för psykiskt störda personer

Någon bedömning av resursåtgången har ingen kommun kunnat göra.

5. Exempel på nya arbetsmodeller eller arbetsformer

I Ronneby har det s.k. "Rosprojektet" bedrivits som syftar till ökad samverkan mellan kommunen och det psykiatriska öppenvårdsteamet samt att skapa kontakter mellan psykiskt störda och "vanliga" människor i ett bostadsområde.

6. Förslag till lösningar

Funderingar finns enligt länsförbundet att antingen inlemma öppenvårdpsykiatri i landstingets primärvård eller att kommunerna övertar ansvaret för den öppna vården inom psykiatri.

KRISTIANSTADS LÄN

Sju av länets 13 kommuner har inkommit med skriftliga svar på enkäten. Dessa är Hässleholms, Kristianstads, Osby, Perstorps, Åstorps, Örkelljunga och Östra Göinge kommuner.

1. Problem som kommunerna möter när det gäller insatser för psykiskt störda barn- och ungdomar

Vad gäller barn och ungdomar uppstår de största problemen när föräldrarna inte själva vill medverka eller t.o.m. motarbetar den föreslagna hjälpen. Ofta anser BUP att det är meningslöst med insatser från deras sida. BUP vill enligt socialtjänstens uppfattning endast arbeta med välmotiverade klienter som själv skall ta kontakt med dem.

Ett problem som också nämns när det gäller barn och ungdomar handlar om svårigheterna att klart definiera problemet/ställa diagnos. Är det en psykiskt störd ungdom som är i behov av psykiatriska insatser eller är det en ungdom som reagerar på en synbart dålig miljö. Det kan då vara svårt för socialtjänsten att få hjälp i bedömningen från BUPs sida. Avgränsningen i ansvarsfördelningen mellan BUP-socialtjänst är här oklar.

Det förekommer ibland svårigheter att hitta placeringsformer för starkt utagerande psykiskt störda ungdomar i nedre tonåren.

Problem beträffande insatser för psykiskt störda vuxna i arbetsför ålder

Någon systematisk diskussion kring psykiatrins resurser, mål, arbetsformer och organisation finns inte med kommunerna i länet. Det saknas också gemensamma dokument i dessa frågor.

Kommunikationen från psykiatrin med andra hjälpinstanser i samhället är dålig. Detta gör det omöjligt att få en helhetssyn i samhällets insatser för den psykiskt störde. Många personer kan ofta vara inkopplade kring en individ

(psykklinik, arbetsförmedling, försäkringskassa, socialtjänst, hemtjänst etc.) utan kommunikation med varandra, vilket skapar förvirring hos den enskilde när målen för insatserna kan vara olika.

Flera kommuner anser att det är ett stort problem i dag med vuxna psykiskt störda personer som bor isolerat i eget boende. Man upplever att det många gånger är förhastade beslut från psykiatrins sida när man skriver ut dessa personer utan att i förväg ordna med ett adekvat socialt boendestöd. Sålunda blir många sittande isolerade i sina bostäder, varför deras sjukdomsbild ofta snabbt försämras. Psykiatrin meddelar nämligen inte socialtjänsten när dessa utskrivningar sker, utan socialtjänsten blir ofta inblandad först när grannar måste rycka in eller polis tillkallas.

Ett annat problem gäller diagnos och rätt behandling. Ett flertal av de psykiskt sjuka har även missbruksproblem och det kan då ofta vara svårt att avgöra vilket som är det avgörande problemet, missbruket eller den psykiska störningen, och sätta in adekvat vård och behandling. Uppfattningen är att psykiatrin här sällan ställer upp med någon hjälp till socialtjänsten för bedömning. Vuxna missbrukare med tecken på psykisk störning hamnar därför ofta mitt emellan socialtjänst och psykiatri. Detta leder ofta till att adekvata insatser från samhällets sida fördröjs. Det saknas dessutom lämpliga behandlingsresurser för personer med "blandproblematik".

Över huvud taget anser man att det är svårt att få hjälp från psykiatrin när socialtjänsten bedömer att psykiatrins specialistkompetens behövs. Behovet av insatser möts inte upp från psykiatrin.

Rutinerna för när psykiskt störda personer behöver omhändertas enligt LSPV är att socialsekreterarna skall vända sig till primärvården. Även i dessa situationer upplever socialsekreterarna att det kan vara svårt att få det nödvändiga läkarstödet.

Beträffande psykiatrisk hjälp till flyktingar med omfattande traumatiska upplevelser bakom sig så upplever socialtjänsten att man inte kan få någon hjälp från psykiatrin. Löften har givits om att specialistkompetens vid behov skall köpas in från annat håll. Detta har dock inte fungerat.

Psykiatrin upplevs också på senare tid ha visat en klar tendens att övervält-ra kostnadsansvar, för vård som man tidigare tagit ansvar för, med hänvisning till bristande ekonomiska resurser. Detta har skett även sedan man bedömt att t.ex. behandlings- eller sjukhemsinsats hade varit det mest lämpli-

ga. Gränsdragningsproblemen tenderar på så sätt att öka och kommunen får ta det som "blir över" med hänvisning till kommunens yttersta ansvar. Socialtjänsten får således utan rätt kompetens försöka hjälpa alltfler enskilda som nekats vård inom psykiatrin med hänvisning till deras bristande resurser.

Problem beträffande insatser för psykiskt störda äldre

Personalen inom kommunernas hemtjänst saknar de speciella kunskaper som behövs för att arbeta med psykiskt störda. Erfarenheten visar också att många inte klarar ett eget boende enbart med stöd av hemtjänsten. Ansvarsfördelningen för de ytterligare stödinsatser som behövs upplevs ofta som oklar.

Diskussion pågår i några kommuner med landstinget om ansvarsfördelningen beträffande boendeformer för psykiskt störda äldre som för närvarande bor på privata sjukhem. Diskussionen ha skapat konflikter vilket menar dessa kommuner ytterligare understryker behovet av ett enat huvudmannaskap.

2. Situationen för psykiskt störda personer

Några kommuner upplever att man har en dålig bild över vilka insatser som krävs för psykiskt störda personer i kommunen. De har försökt initiera ett samarbete med landstingets psykiatri för att skaffa sig ett planeringsunderlag. Man har framfört att kommunerna behöver gemensamt med landstinget göra en inventering av de aktuella personerna för att få fram vilka behov som finns för att kunna börja planera för vilka resurser som krävs. Trots upprepade påstötningar har man inte fått landstinget att ställa upp på detta.

I den mån man från kommunerna i Kristianstads län hamnar i diskussioner med psykiatrin omkring situationen för psykiskt störda personer är detta oftast med negativa förtecken. Diskussionerna gäller då främst vilken instans som bör ta hand om ett visst problem. Oftast föreligger en konflikt mellan psykiatrin och kommunen om huruvida problemet är en kommunal angelägenhet eller ett ärende för psykiatrin.

Vuxna psykiskt störda upplever man har svårt att få arbete eller en meningsfull sysselsättning. Kommunerna har här ett ansvar att försöka med-

verka till att dessa personer får ett meningsfullt arbete/sysselsättning. Man upplever det dock svårt framför allt i de mindre kommunerna att hitta lämpliga sådana uppgifter.

Äldre människor upplever man i någon kommun inte ges samma möjligheter till kvalificerad psykiatrisk vård även i öppna former som andra människor.

3. Samarbete landsting – kommunerna i Kristianstads län

Samarbetet mellan kommunerna och vuxenpsykiatrin fungerar överlag dåligt. Några samverkansorgan finns inte och inga avtal heller. Någon kommun har ett fungerande samarbete när det gäller gemensamma ärenden.

Några kommuner uppger att samarbetet fungerar på så sätt att psykiatrin skriver ut patienter "ensidigt" och många gånger utan att informera kommunen. Hemsändning från psykiatrin utan kontakt med hemtjänsten är vanligt förekommande.

Däremot tycks samarbetet med barn- och ungdomspsykiatrin fungera bättre. Här har flera kommuner ett regelbundet samarbete och dessutom olika samverkansprojekt som fungerar bra.

I någon kommun uppges samarbetet med geropsykiatrin fungera mycket bra.

4. Bedömning av hur mycket resurser kommunerna satsar för psykiskt störda personer

Bedömning av hur mycket resurser kommunerna satsar på insatser för psykiskt störda personer har man svårt att överblicka.

Hässleholms kommun uppger att man satsar 350 arbetstimmar per vecka i form av hemtjänst till psykiskt störda personer.

Örkellunga kommun satsar 90 timmar per vecka i hemtjänstinsatser och har tio personer med psykiatrisk diagnos boende på ålderdomshem.

Perstorps kommun satsar hemma-hos insatser med fem tim/vecka, dagcentralverksamhet 40 tim./vecka samt insatser inom äldre- och handikappomsorgen till en kostnad av 250 000 kr.

Östra Göinge kommuns insatser till psykiskt störda kostar ca 600 000 kr.

5. Exempel på nya arbetsmodeller eller arbetsformer

Ingen kommun har kunnat ge något exempel på någon ny arbetsmodell eller arbetsform.

6. Förslag till lösningar

Ett enhetligt huvudmannaskap ses av flera kommuner som ett stort steg på vägen att lösa de problem som finns. Erfarenhetsmässigt anser man att det är troligt att en huvudmannaskapsförändring måste till för att åstadkomma förbättrade kontakter mellan de medicinska, sociala och psykologiska kompetenserna. De nuvarande organisationsstrukturerna med var och en sina värderingsmönster kan troligtvis inte förmås att samverka. Därför torde en ny organisationsstruktur behöva komma till för att åstadkomma den förnyade syn på de här frågorna som det finns behov av.

En kommun tror inte att ett enhetligt huvudmannaskap påverkar samordningen. Däremot behövs det betydligt bättre samarbete mellan olika personer (myndigheter) som arbetar med psykiskt störda personer.

Teamverksamheten som psykiatrin byggt upp uppfattar någon som en teoretisk modell som inte fungerar i verkligheten. Den är alltför trevande och konturlös, vilket ger upphov till irritationer från socialtjänstens sida. I stället forordas samarbete över gränserna där psykiatrin och socialtjänsten tillsammans gör en arbetsfördelning där man mer än nu försöker se på helheten och patientens hela behov.

MALMÖHUS LÄN

Från Malmöhus län har sex av länets 20 kommuner inkommit med skriftliga svar. Dessa är Helsingborg, Höganäs, Hörby, Lomma, Svedala och Trelleborgs kommuner.

De svar som inkommit bedöms ändå av kommunförbundet som representativa för kommunerna i länet. De problem som speciellt uppmärksammas kan sammanfattas med att psykiatrin i allt större utsträckning snävar in sina arbetsuppgifter, att antalet "behandlingsbara patienter" blir allt färre. Detta gäller alla åldersgrupper men är speciellt allvarligt när det gäller vuxna personer i arbetsför ålder. Vuxenpsykiatrin upplevs ha ett mycket individinriktat arbetssätt där ingen eller mycket liten hänsyn tas till den sociala omgivningen och det sociala nätverket. Här är också samarbetsformerna sämst utvecklade mellan socialtjänsten och psykiatrin.

1. Problem som kommunerna möter när det gäller insatser för psykiskt störda barn- och ungdomar

Gränsdragningen mellan socialtjänstens och barn- och ungdomspsykiatris ansvar upplevs som svår. Barn och ungdomar med psykiska störningar kräver oftast mycket stora insatser på hemorten. Kommunerna i länet upplever inte att landstinget här tar sitt ansvar då BUPs öppenvård upplevs som dåligt utbyggd. BUP upplevs också i de gemensamma diskussionerna kring ärenden fokusera intresset på den sociala problematik som alltid finns och hänvisa till den som det dominerande problemet och på så sätt undandra sig sitt ansvar. Detta har fått till följd att socialtjänsten i allt större utsträckning tvingats anlita privata vårdalternativ.

BUPs resurser när det gäller barn och ungdomar med invandrar- och flyktningbakgrund och psykiska störningar är klart otillräckliga och speciella insatser från BUPs sida behövs för denna målgrupp.

Från de mindre kommunerna framhåller man också att psykiatris resurser

ur kommuninnevånarnas synpunkt ligger långt borta då klinikerna finns i Helsingborg samt i Lund.

Problem beträffande insatser för psykiskt störda vuxna i arbetsför ålder

Flera kommuner uppger att det är allt fler psykiskt störda som bor i eget boende utan att få tillräckligt stöd i boendet och uppföljning av vården från psykiatrin. Vuxenpsykiatrins öppenvård är dåligt utbyggd och resurserna koncentreras på den enskilda individen, dennes sjukdom, utan att ta hänsyn till den sociala omgivningen och det sociala nätverket. Behandlingen upplevs som alltför individuellt inriktad, utifrån vad som även kan tänkas vara intressant ur forskningssynpunkt.

Några kommuner uppger att man saknar särskilda målbeskrivningar beträffande vuxna psykiskt störda i kommunen. Det finns därmed inte heller särskilda insatser eller resurser som definieras specifikt för denna grupp. Socialtjänsten har också i dag dålig kunskap om denna grupps behov eftersom detta är en i samhället mycket svag grupp som inte prioriterar sig själv. På grund av socialtjänstens bristande kunskaper om vilka människor som det rör sig om, kommer socialtjänsten ofta in för sent t.ex. först vid vräkningshot eller då den psykiskt sjuka människan blivit så dålig att någon medicinering inte förekommer och tvångsomhändertagande måste bli aktuell. I Helsingborg uppger man att den bästa kunskapen om denna grupps utsatthet har kommunens socialjour som mer än andra socialarbetare blir hemkallade kvälls- och nattetid till psykiskt störda personer.

I Trelleborg uppger man att det största problemet är att den psykiatriska mottagningen helt vägrar att ta emot missbrukare för behandling. Den psykiatriska och medicinska behandlingen för denna grupp måste därför skötas av primärvården. Det är även svårt att få hjälp av psykiatrin vid bedömningar enligt LSPV. Man uppger också att allt som den speciella barn- och ungdomsgruppen bedömer som vuxenpsykiatriska problem och som remiteras till vuxenpsykiater återkommer med motiveringen att det är sociala problem.

I Svedala kommun uppger man beträffande socialtjänstens möjligheter att få hjälp av vuxenpsykiatrin att det beror på hur pass attraktiva personerna är för psykiatrin dvs. verbala personer med någon "fasad" kvar tas emot. Gäl-

ler det däremot personer vars ordföråd sinat och "fasad" har fallit så är det svårare. Då hänvisas de till socialtjänstens kontaktgrupper.

Problem beträffande insatser för psykiskt störda äldre

De problem som uppstår i samarbete med psykiatrien vad gäller psykiskt störda äldre är att endast om hemtjänsten kopplas in i dessa ärenden får socialtjänsten kännedom om dessa personers existens. Även när hemtjänsten kopplas in förekommer det ofta att man på grund av psykiatriens sekretess inte lämnar ut tillräcklig information om sjukdomen i fråga för att socialtjänsten skall kunna förhindra att en kris eller en total katastrof inträffar. Överlag upplevs samarbetet mellan socialtjänsten och psykiatrien beträffande psykiskt störda äldre som ringa och otillfredsställande.

2. Situationen för psykiskt störda

Socialtjänstens helhetsansvar är inte tillräckligt tydligt för gruppen psykiskt störda som psykiatrien har tagit större ansvar för tidigare. När psykiatrien har fullföljt sitt behandlingsansvar ställs stora krav på socialtjänsten. Socialtjänsten är fortfarande inte tillräckligt utvecklad för att möta problemen man ställs inför. Detta är dock mycket en utbildningsfråga som det nu är hög tid att ta tag i. Dessutom krävs det ett klagörande av målen och av socialtjänstens och andra samarbetspartners olika roller och förväntningar.

Man upplever också från kommunerna i Malmöhus län att psykiatrien allt starkare markerar en snäv avgränsning när det gäller det egna ansvarsområdet. Psykiatrien befattar sig idag huvudsakligen med akut psykiskt sjuka människor och när det akutupsykiatriska tillståndet är hävt betraktas socialtjänsten som huvudansvarig. Socialtjänsten får härmed både en förebyggande och en rehabiliterande roll.

För vuxna i arbetsför ålder är samarbetet socialtjänst, psykiatri och arbetsförmedling av mycket varierande kvalitet vilket resulterar i att psykiskt störda människors behov inte alltid tillgodoses. Diskussioner och oklarheter uppstår särskilt ofta i de fall då det finns sekundära handikapp i form av missbruk av olika slag.

Från socialtjänstens sida uttrycks behov av ett mycket mer utåtriktat och annorlunda arbetssätt från psykiatriens sida. Inte minst önskar man att psy-

kiatrin arbetade mer familjeinriktat i patientens eget sociala nätverk. Någon "öppen" psykiatri värd namnet upplever man inte finns.

Från Svedala kommun uttrycker man sig dock så här:

"Det första och genomgripande problemet för denna grupp människor liksom all annan vård, omsorg och behandling som vi nu byggt upp i vårt samhälle är att vi har så fruktansvärt många förståsigpåare så att inget blir gjort. Här finns en mängd olika yrkeskategorier, var och en med sin speciella nisch, nog så viktigt i sammanhanget, men som använder en stor del av sin tid till att diskutera om vems bord ärendet egentligen tillhör. Oftast tillhör det dens bord som inte är närvarande och därför resulterar den timmens diskussion i att det blir en remiss ...

Jag tror att vi har ett fundamentalt fel i hela vårdsverige eftersom vi numera störs av dem som har problemen."

Flera kommuner saknar dock en diskussion med psykiatrin om hur situationen egentligen är för de psykiskt störda i kommunen. Man efterlyser ett mer strukturerat samarbete om deras välfärd och livskvalitet.

Hörby kommun har dock under år 1989 genomfört en inventering i projektform av situationen för psykiskt störda i åldern 20–40 år. Inventeringen visar att kommunens kunskap om denna grupps situation och behov var dålig. Endast sju av de 43 interjuvade har t.ex. haft någon kontakt med socialtjänsten. De har också haft dålig kunskap om vilka möjligheter och rättigheter som socialtjänstlagen ger dem, och de utnyttjar samhällets utbud av aktiviteter mycket lite. Det finns ett stort behov av sysselsättning inom gruppen. Ca 10 personer är utan någon form av daglig sysselsättning och för dem är isoleringen påtaglig.

Som ett resultat av inventeringen har en mer generell analys ägt rum vad gäller åtgärder från kommunens sida för denna grupp. Det gäller t.ex.

- att aktivt söka kontaktpersoner för dem som behöver detta
- att aktivt stödja dem som är i behov av studier för att öka deras självförtroende
- att samverka med kommunens kontaktgrupp för att bryta deras isolering

- att genom enskilda motivationsprogram öka vars och ens möjlighet till arbete och sysselsättning
- att inrätta en gemensamhetslokal i kommunens centrum
- att socialtjänstens personal erhåller utbildning
- att kommunen kontinuerligt bedriver en uppsökande verksamhet

3. Samarbete landsting – kommunerna i Malmöhus län

Skriftligt samarbetsavtal mellan kommunförbundets länsavdelning och landstinget beträffande samarbete psykiatri – socialtjänst finns.

Ett lokalt samarbetsorgan – LOSA – finns för samtliga kommuner där den centrala samverkan mellan politiker och tjänstemän sker.

I Höganäs kommun har man sedan flera år tillbaks regelbundna träffar i vårdplaneringsgrupper mellan psykiatrin och äldreomsorgen. Individ- och familjeomsorgen adjungerar vid behov.

I de övriga kommunerna sker samverkan i enskilda ärenden vid behov. Samarbetet här fungerar mycket varierande beroende på vilken läkare inom psykiatrin som socialtjänsten har att göra med och om vederbörande är intresserad av att utveckla ett verkligt fungerande samarbete. I någon kommun förekommer även övergripande diskussioner mellan socialtjänsten och psykiatrisektorn. Detta upplevs då som positivt.

Samarbetet med att få till stånd ett vettigt liv för vuxna psykiskt störda upplevs vara långt ifrån tillfredsställande.

Trelleborg kommun uppger att samarbetet med BUP fungerar alldeles utmärkt.

4. Bedömning av hur mycket resurser kommunerna satsar för psykiskt störda personer

Höganäs kommun uppskattar att man personalmässigt inom individ- och familjeomsorgen avsätter en socialsekreterare på heltid i arbete med gruppen psykiskt störda. Dessutom uppskattar man vård och behandlingskostnader motsvarande ca 500 000 kr. per år som satsas på den här gruppen. De senaste åren har man i allt större utsträckning tvingats anlita både psykolog-konsulter samt placering på privata institutioner för den här gruppen. Flyktingar med psykiska problem har under senare år tagit allt mer arbetstid i

anspråk.

I Lomma kommun har man inom individ- och familjeomsorgen en projekt-tjänst anställd på heltid för den här gruppen. Till detta kommer socialsekreterarnas arbetstid som dock är svår att uppskatta för den här gruppen. Äldreomsorgen avsätter fyra vårdbiträden 4 tim./vecka för gruppträff med psykiskt långtidssjuka. Dessutom har man handledning till vårdbiträden en tim./14 dagar samt utbildning i bl.a psykiatri 24 tim. i sju vårdbiträdesgrupper om 15 personer.

I Hörby kommun har man en öppen dagverksamhet till psykiskt störda till en kostnad av 419 500 kr. Hemtjänstens insatser omfattar 30 tim./vecka (kostnad 150 000 kr.). 50 psykiskt störda har färdtjänst till en kostnad av 300 000 kr. Fortbildning i psykiatri 10 tim./år för all personal. Inom individ- och familjeomsorgen har tre långvarigt psykiskt störda personer socialbidrag. Till detta kommer ett betydligt större antal missbrukare med psykiska problem som lever på socialbidrag.

Svedala kommun satsar två heltidstjänster för en kontaktgrupp riktad till psykiskt störda, en heltidstjänst för psykiskt störda missbrukare och en halv tjänst inom hemtjänsten.

De övriga kommunerna har inte kunnat uppskatta resursåtgången.

5. Exempel på nya arbetsmodeller eller arbetsformer

I Höganäs finns Träffpunkten som är en uppskattad gruppverksamhet för psykiskt lätt störda personer med två anställda. Därtill har bildats en anhörigförening.

Kontakten i Trelleborg är en dagverksamhet för lättare psykiskt sjuka som är öppen på dag och kvällstid för att aktivera människor som är ensamma, arbetslösa, förtidspensionerade etc. Målsättningen är att vara en fritidsgård för vuxna, där gemensamma och olika aktiviteter samlar människor för att dessa skall knyta kontakter.

I Lomma kommun har man specialutbildat några vårdbiträden som skall arbeta särskilt med psykiskt störda personer i kommunen dels i hemmen men dels också med olika gruppaktiviteter.

Den inventering och uppsökande verksamhet som bedrivs i Hörby kommun är ett viktigt initiativ när det gäller att försöka tillgodose de psykiskt stördas behov i kommunen. (Se svaret på fråga 2.)

6. Förslag till lösningar

Höganäs kommun anser att psykiatrins öppenvård måste byggas ut i betydligt större omfattning än vad som hittills skett. Psykiatrin måste också lämna det individinriktade arbetssättet och istället arbeta mer utifrån en helhetssyn på patientens problematik med kopplingar till familj och övrigt socialt nätverk. Dessa omstruktureringar medför att psykiatrin behöver komplettera sin utbildning.

Trelleborgs kommun anser att det vore bra om en psykiatriker knöts till socialförvaltningen, som kontinuerligt kunde ställa upp vid bedömningar kring psykisk sjukdom, konsultation etc.

Helsingborgs kommun anser att ett enhetligt huvudmannaskap eventuellt skulle kunna lösa några av de problem som finns. Viktigast upplever man dock är att få ut psykiatrisk kunskap på vårdcentralerna eller direkt till socialtjänsten...

Hörby kommun ställer sig dock tveksam till om ett enhetligt huvudmannaskap egentligen löser problemen. Man pekar bl.a. på de stora samarbetsproblemen som i dag finns mellan vuxenpsykiatrin och barn- och ungdomspsykiatrin som ju finns inom samma huvudmannaskap.

ligen

med

grupp

När

likt

varje

Problemet

Ett

sätt

Be

beho

ÄLVSBORGS LÄN

Från Älvsborgs län har svar inkommit från åtta av länets 18 kommuner, nämligen Ale, Lerum, Alingsås, Bengtsfors, Borås, Lilla Edets, Vårgårda och Marks kommuner.

1. Problem beträffande insatser för psykiskt störda barn och ungdomar

Ett problem är att BUP i södra Älvsborgs län har en svårartad brist på legitimerade barnpsykiatrer. Även på vårdplatser och platser på klinikskola föreligger en resursbrist. Resursbristerna inom barn- och ungdomspsykiatrin medför att många ungdomar hänvisas till vuxenpsykiatrin. Av 12 patienter på en vuxenpsykiatrisk avdelning uppges hälften ha varit minderåriga.

Flera olika tjänstemän tillhörande olika huvudmän arbetar mot målgruppen barn- och ungdom med psykiska problem och en samordning är nödvändig. Idag dubbelarbetar man ofta – den ene huvudmannen vet inte vad den andre gör eller kan göra. Samarbete och arbetet med gemensamma målformuleringar och arbetssätt tar dock tid att utforma. Den tiden är många i dag inte beredda att avsätta. Det finns ett motstånd och okunskap om vad man egentligen vinner på att finna samarbetsformer. Resurser finns egentligen om man med det menar gemensamma personella resurser som arbetar mot den här gruppen.

När det gäller barnomsorg för psykiskt störda barn efterlyses större flexibilitet i den egna organisationen som gör det möjligt att lättare ta hänsyn till varje persons behov.

Problem beträffande psykiskt störda vuxna och äldre

Ett stort problem för vuxna psykiskt störda är bristen på aktiviteter/sysselsättning.

Boendet är ett annat stort problem. Psykiskt störda personer med ett stort behov av vård och omsorg bor i egna lägenheter med isolering som följd.

Det finns idag ett akut behov av olika former av gruppboenden och kollektiva boendeformer för psykiskt störda personer.

Vård- och behandlingsformer för psykiskt sjuka missbrukare saknas. I ärenden där psykiskt sjuka människor uppvisar någon form av alkohol- eller narkotikamissbruk borde en gemensam vårdplan göras mellan socialtjänst och psykiatri. Idag är det alltför lättvindigt för den psykiatriska vården att avhända sig ansvaret med motiveringen att problemet är av psykosocial natur.

I vissa fall där vuxna personer, vid sina kontakter med socialtjänsten, uppträder på ett sådant sätt att det upplevs som tecken på psykiska störningar (psykisk sjukdom), föreligger problem att få till stånd en kvalificerad psykiatrisk bedömning. De största problemen uppstår då den enskilde ställer sig avvisande till kontakt med psykiatrin. I dessa situationer borde psykiatrin vara mer lättillgänglig i form av uppsökande insatser.

I de mindre kommunerna påtalas att psykiatrins resurser oftast finns alltför långt bort. Avståndet försvårar samarbetet. Psykiatrins resurser bör enligt dessa delas upp och finnas i närområdet.

Psykiatrin renodlar sin målgrupp alltmer mot psykiska störningar med psykisk sjukdom som grund samtidigt som socialtjänsten koncentrerar sina insatser till utredning och behandling av social problematik. Om patienten/klienten möttes av personal som hade tillgång till båda huvudmännens "karta" av resurser skulle den lättare kunna få den hjälp som verkligen motsvarade behoven.

När det gäller psykiskt störda äldre finns svårigheter att få adekvat hjälp från psykiatrin. Sekretessen hanteras också ibland felaktigt vilket försvårar handläggning och samarbete.

Det upplevs som svårt (näst intill omöjligt) att hitta lämpliga boendeformer för psykiskt störda äldre som inte klarar eget boende och som är störande och ibland aggressiva.

2. Situationen för psykiskt störda personer

Möter socialtjänsten en människa som är uppenbart psykiskt sjuk eller störd hänvisas han eller hon till den psykiatriska vården inom primär- eller länsjukvården beroende på hur akut situationen är. I de fall det ingår sociala

problem i form av t.ex missbruk, vårdnadstvister, dålig eller misskött ekonomi m.m. har socialtjänsten ett ansvar. I dessa fall sker i dag olika insatser från resp. håll utan samplanering. I ett stort antal ärenden torde ett samarbete med gemensamma mål och gemensam vårdplan kunna ske. I dag finns ett gränsområde mellan psykosociala problem/psykiatriska problem som är oklar. Detta leder oundvikligen till konflikter mellan myndigheterna.

Det finns även oklarheter inom sjukvården om vems ansvar det är att behandla en person med psykiska problem. Ibland ger t.ex psykiatrin på Borås sjukhus och primärvården/öppenpsykiatrin i Alingsås olika besked och hänvisar till varandra.

Avgränsningen mellan socialtjänst och psykiatri upplevs genomgående som svår, oklar och som en ständig balansgång. Socialtjänsten får inte tillgång till det stöd som behövs i den dagliga verksamheten inom hemtjänst eller individ- och familjeomsorg när det gäller arbetet med psykiskt störda personer. Ofta hänvisar psykiatrin till kommunens yttersta ansvar.

Stort utbildningsbehov av personal inom socialtjänsten föreligger vad gäller insatser mot psykiskt störda personer.

3. Samarbete landstinget – kommunerna i Älvsborgs län

Samarbetet mellan kommunerna i Älvsborgs län och vuxenpsykiatrin är inte särskilt väl utvecklat. Möten och samverkan sker mest utifrån akuta frågor som behöver lösas.

När det gäller samarbetet socialtjänst – BUP sker i regel regelbundna träffar i övergripande frågor. Detta samarbete uppges i regel fungera bra.

Flera kommuner jämför med hur samarbetet fungerar med primärvård och landstingets omsorgsverksamhet. Här har man ett bra och välfungerande samarbete och efterlyser motsvarande samverkansrutiner med psykiatrin. T.ex. har man välfungerande vårdplaneringsgrupper med primärvården och efterlyser att någon person med psykiatrisk kompetens fanns med här.

4. Bedömning av hur mycket resurser kommunerna satsar på psykiskt störda personer

De flesta kommunerna har här inte kunnat ge något svar.

Lilla Edets kommun uppger att ungefär en halv socialsekreterartjänst +

hemma-hos-insatser satsas från individ- och familjeomsorgen. Inom hemtjänsten uppges 5,5 vårdbiträdestjänster ägnas åt psykiskt störda personer.

Bengtfors kommun uppger att 3-4 personer har stödinsatser från individ- och familjeomsorgen och tio psykiskt störda personer har hemhjälp.

Marks kommun uppskattar att individ- och familjeomsorgen satsar grovt räknat ca 10 % av sina resurser på psykiskt störda personer och äldre och handikappomsorgen ca 5 %.

Vårgårda kommun uppger att ungefär 25 % av socialsekreterarnas insatser går till denna grupp. Inom äldre och handikappomsorgen åtgår ca två vårdbiträdes tjänster.

5. Exempel på nya arbetsmodeller eller arbetsformer

I Marks kommun bedriver kommunen tillsammans med psykiatrin en dagverksamhet för psykiskt störda personer. Denna verksamhet fungerar bra. Psykiatrin har dessutom anställt två fältskötare som arbetar intimt tillsammans med kommunens hemtjänst och ger dem stöd, råd och handledning och konkreta tips på hur man kan bemöta psykiskt störda vårdtagare. Detta samarbete upplevs av hemtjänsten som mycket bra.

Inom ramen för ett projekt Nydal – en försöksverksamhet med serviceboende för psykiskt störda personer finns en samverkansplan och ett särskilt avtal mellan psykiatrin och socialtjänsten.

6. Förslag till lösningar

Marks, Lilla Edets, Vårgårda och Lerums kommuner anser att en och samma huvudman sannolikt skulle lösa många av de problem som finns i dag och samhällets resurser skulle kunna tillvaratas på ett bättre sätt. Den enskilda skulle därmed också få en mer adekvat hjälp.

Borås och Alingsås kommuner anser att med en klarare uppdelning av ansvaret och mer utvecklade samarbetsformer så skulle nuvarande huvudmannaskapsindelning kunna bli mer effektiv. Gemensam utbildning och bättre stöd i enskilda ärenden skulle helt klart bidra till bättre lösningar.

SKARABORGS LÄN

Av Skaraborgs 17 kommuner har endast fyra besvarat enkäten. Dessa är Skara, Falköpings, Grästorps och Karlsborgs kommuner.

1. Problem som kommunerna möter när det gäller insatser för psykiskt störda barn och ungdomar, vuxna och äldre

De kommuner som har besvarat enkäten är alla relativt små. Socialtjänsten i dessa kommuner anger att man har som mål att integrera verksamheten för olika målgrupper så mycket som möjligt. Man betonar att socialtjänstens mål gäller alla människor – grupper med specifika problem urskiljs inte organisatoriskt. Att klart definiera vad som menas med att vara psykiskt störd upplever man som svårt. Verksamheten riktar sig mot alla människor utan åtskillnad, varför det i alla sektorer finns vårdtagare/klienter med psykiska problem utan att de definieras eller identifieras som psykiskt störda. Insatserna anpassas till de speciella behov individen har oavsett vad behovet beror på.

När det gäller barn och ungdomar uppger tre av de fyra kommunerna att man inte har några större problem. Samarbetet mellan barn- och ungdomspsykiatri och socialtjänsten fungerar för det mesta bra och insatserna kan i regel samordnas på ett bra sätt. Resurserna från BUP upplevs dock som alltför små och vid "arbetstoppar" tvingas man ibland anlita privata resurser. I Skara kommun uppger man att BUP saknar psykiatriker, vilket man upplever är besvärande när det gäller handläggningen av LVU-ärenden.

När det gäller vuxna med psykiska problem så upplever man deras situation och problem som mycket värre. Det stora problemet anses vara att kunna ordna acceptabla boendeformer, boendeformer som kan ge både gemenskap och aktivitet. Många psykiskt störda upplevs som dåligt rustade för att kunna klara ett eget boende, vilket gör dem osäkra och de mår dåligt. Man efterlyster ett för dem mer anpassat omvårdnadsboende eller gruppboende med kvalificerad personal med erfarenheter av psykiskt störda perso-

ner. Som det nu är får en del psykiskt störda som "inte passar in" någonstans flytta runt i bostadsbeståndet där de upprepade gånger blir uppsagda på grund av störande beteende.

Kommunerna upplever att socialtjänstens personal, framför allt hemtjänstpersonalen, inte har tillräckliga kunskaper för att på ett bra sätt klara av de psykiskt stördas behov. Detta skapar osäkerhet hos personalen och insatserna blir därför inte de bästa för dessa klienter. De psykiskt sjuka som blir utskrivna är ofta i lika stort behov av sociala hjälpinsatser som psykiatriska men personalens utbildningsbrister inom t.ex. hemtjänsten gör det svårare att ge rätt sysselsättning, omsorg och förståelse för denna grupps lite annorlunda hjälpbehov. Kontinuerliga utbildnings- och fortbildningsinsatser efterlyses för framför allt hemtjänstpersonalen.

Tre av kommunerna uppger att målen – om några sådana finns – för många av verksamheterna riktade till psykiskt störda är oklara. Individuella vårdplaneringar, med mål och delmål, som är gemensamma mellan olika huvudmän saknas. Psykiatri och socialtjänst arbetar oftast var för sig utan att känna till varandras mål eller delmål. Oklarhet råder framför allt om ansvarsfördelningen och avgränsningen mellan vad som är kommunens resp. landstingets uppgift att klara av.

I Grästorps kommun anger man dock att socialtjänsten och det psykiatriska öppenvårdsteamet har ett mycket gott samarbete och att detta delvis beror på att man inte har varit så noga med avgränsningen psykiatri–socialtjänst. Man har där inte upplevt några större problem beträffande boende, fritid, arbete/sysselsättning, utbildning m.m. som specifikt gäller psykiskt störda personer. Deras behov har inte specifikt skiljt sig från andras.

I Falköping upplever man att det för psykiskt störda finns väldigt många olika resurser men att man från socialtjänstens sida dåligt känner till de resurser som finns. Inom hemtjänsten efterlyser man därför information om de verksamheter som finns för psykiskt störda i kommunen. Man efterlyser också mer information från psykiatrin om dessa människors psykiska sjukdomar och framför allt kunskap om hur olika psykiska sjukdomar yttrar sig. Den dåliga kunskapen skapar osäkerhet och gör att hemtjänsten kräver att få arbeta två och två när de besöker psykiskt störda människor. Man efterlyser också en helhetssyn på insatserna till dessa personer. Man exemplifierar med att personalen vid t.ex. Ankaret – en landstingsdriven dagverksamhet – skall

ge personligt stöd åt psykiskt störda personer medan hemtjänstens personal skall ge stöd i form av städning och tvätt. Detta blir en väldigt konstig uppdelning som skapar en hel del problem.

Annars är man i Falköping från framför allt hemtjänstens sida nöjd med psykiatrins insatser. Man anser att psykiatrin ställer upp väl för "de sina". Man "slänger inte ut" någon utan ställer upp med uppföljning även för dem som skrivits ut. Inför utskrivning brukar man ha en vårdplanering där hemtjänstassistenten deltar och där man gemensamt kommer överens om en uppläggning av det fortsatta arbetet. Psykiatrin utser en kontaktman som kontinuerligt följer upp vederbörande och som hemtjänstassistenten vid behov kan kontakta. Från psykiatrin är man lyhörd för hemtjänstens uppfattning om klienten i fråga.

2. Situationen för psykiskt störda personer

I Skaraborgs län handlar den aktuella diskussionen när det gäller situationen för de psykiskt störda främst om att avgränsningen mellan kommun och landsting (länssjukvården) är oklar. Oklarhet råder om framför allt ansvarsfördelningen. Det upplevs som svårt att finna en naturlig avgränsning i uppgifterna mellan psykiatri och socialtjänst.

Lämpliga boendeformer – framför allt bristen på gruppboendestäder för psykiskt störda – är ett annat behov som påtalas i diskussionen.

Behovet av personer med samordningsansvar både gentemot olika verksamheter och i enskilda ärenden diskuteras, dvs. någon form av "case manager" för psykiskt störda.

3. Samarbete landstinget – kommunerna i Skaraborgs län

I Skaraborgs län är primärvården förstärkt med s.k. psykosociala enheter med viss psykiatrisk kompetens av typ psyksjuksköterska, psykolog och kurator. Samarbetet sker därför i första hand mellan socialtjänsten och primärvården. Samarbetet mellan socialtjänsten och den psykiatriska länssjukvården kanaliseras framför allt genom primärvårdens psyksjuksköterskor vilket man uppger fungerar bra. De fyra kommunerna har ett tätt samarbete med dessa psykosociala enheter i enskilda ärenden med många informella kontakter, där både tjänstemän från individ- och familjeomsorgen, hemvård

och hemtjänst från äldreomsorgen samarbetar med psyksjuksköterskorna inom primärvården. Psyksjuksköterskorna ger också stöd och handledning till dagcentralernas personal.

Det formaliserade samarbetet med primärvården när det gäller vuxna sker i regel genom träffar i ett s.k. psyk-team där representanter från socialtjänsten och primärvården träffas cirka fyra gånger om året.

Samarbetet socialtjänst – BUP fungerar i regel bra. Samarbetet är här inte någonstans formaliserat men uppges fungera bra i enskilda ärenden. BUP i Skaraborgs län håller för närvarande på att finna nya former för sitt arbete efter att under en lång period ha varit en svag organisation. Största problemet är dock att man på flera håll saknar barnpsykiatriker.

Några samarbetsavtal mellan landstinget och kommunerna i Skaraborgs län som gäller de psykiskt störda finns inte. Det har funnits en del samverksavtal beträffande konkreta dagcentralverksamheter men dessa har nu upphört i samband med Ädelreformen.

4. Bedömning av hur mycket resurser kommunerna satsar för psykiskt störda personer

Skara kommun anger att inom individ- och familjeomsorgen tar de psykiskt störda i anspråk ca 20 % av kommunens familjehemsplaceringar, ca 6 % av kontaktfamiljsresursen, ca 18 % av anslaget för institutionsvård. Äldreomsorgen har här en hemvårdargrupp på sju personer som arbetar med "hemma-hos-verksamhet". En stor del av denna resurs ägnas åt vårdtagare med "tung" psykiatrisk diagnos. Denna resurs utgör ca 4 % av hemtjänsten. Även hemtjänsten i övrigt har ett okänt antal vårdtagare med uttalade psykiska problem. Det har dock inte varit möjligt att här ange hur stor del av hemtjänstens resurser som totalt ägnas dessa vårdtagare.

I Karlsborgs kommun uppskattar man att individ- och familjeomsorgen avsätter ca 5 % av sina resurser åt denna grupp och äldre- och handikappomsorgen ca 1 %.

I Falköping åtgår ca 160 hemtjänststimmar/vecka åt psykiskt störda vårdtagare. Ett trettioal personer med psykiatrisk diagnos bor dessutom på servicehus eller ålderdomshem. Till detta kommer dagcentralverksamhet samt kontaktpersoner åt psykiskt störda. Inom individ- och familjeomsorg har man

inte kunnat uppskatta insatserna för denna grupp.

Grästorps kommun har inte kunnat ge något svar på denna fråga.

5. Exempel på nya arbetsmodeller eller arbetsformer

Sedan omkring fyra år driver Skara kommun tillsammans med primärvården fem dagcentraler i kommunen. Dagcentralerna är till för pensionärer och andra daglediga. Det har visat sig att dessa dagcentraler är väl lämpade att ta emot även personer med psykiska problem. Personalen får kontinuerligt stöd av primärvårdens psyksjuksköterskor. Denna verksamhet har varit mycket lyckad och nått goda resultat genom att man på detta sätt kunnat erbjuda gott stöd för människor med psykiska problem samtidigt som man bryter isolering och passivitet.

I Falköpings kommun anger man Gula Villan som en bra öppenvårdsresurs som tar emot psykiskt störda på dagtid och där man också åker ut till och gör hembesök hos personer med psykiska problem.

SESAM är en verksamhet i flera kommuner i Skaraborgs län som drivs av RSMH och som upplevs mycket positivt. Det är en dag- och kontaktverksamhet som försöker bryta isolering och ensamhet bland psykiskt störda. (Se "På Väg" s. 95.)

6. Förslag till lösningar

Inom socialförvaltningen i Skara kommun anser man att det vore en fördel med ett enhetligt huvudmannaskap för ansvaret för psykiskt störda människor. Ett enhetligt huvudmannaskap (kommunen) skulle innebära en klar ansvars- och resursfördelning, vilket skulle vara positivt för de psykiskt störda.

Från socialförvaltningen i Karlsborgs kommun anser man att de psykiskt störda inom kommunen är alltför få för att verksamheten för psykiskt störda skall kunna tas över av kommunen. Det behövs psykiatrisk expertis som de små kommunerna inte har råd att tillhandahålla. De små kommunerna har inte råd att bygga upp en enhetlig organisation för ett fåtal psykiskt störda i kommunen.

Från socialförvaltningen i Falköpings kommun finns här olika uppfattningar. Individ- och familjeomsorgen anser att ett enhetligt huvudmannaskap skulle betyda stora samordningsvinster. Man skulle slippa att klara ut vems

ansvarsområde olika insatser skall falla under. Ingen klient skulle behöva bli lidande av diskussionen om vem som skall göra vad. Äldre- och handikappomsorgen däremot har förhoppningar att den beslutade Ädelreformen skall vara tillräcklig och innebära förbättringar med en tydligare ansvarsfördelning även för insatser till de psykiskt störda. Man anser att omsorgen för de psykiskt störda trots allt fungerar bra. Vad som däremot behövs för socialtjänstens personal är mer utbildning i hur man bemöter psykiskt störda personer.

VÄRMLANDS LÄN

I Värmlands län har 15 av länets 16 kommuner besvarat enkäten. Dessa är Arvika, Eda, Filipstad, Forshaga, Grums, Hammarö, Karlstad, Kil, Kristinehamn, Munkfors, Storfors, Sunne, Säffle, Torsby och Årjängs kommuner.

1. Problem som kommunerna möter när det gäller insatser för psykiskt störda barn- och ungdomar

BUP arbetar tyvärr med en mycket begränsad del av socialtjänstens psykiskt störda ungdomar på grund av resursbrist. Det motsvarar långt ifrån det behov som socialtjänsten har av konsultinsatser från BUPs sida. Yrkesrollerna och behandlingskulturerna socialtjänst-BUP är alltför olika. Man har olika synsätt, vilket främst emanerar från de olika lagstiftningarna och tolkningsmöjligheterna i dessa. Detta gör samarbetet svårt framför allt i ärenden där det finns en dubbelproblematik av socialpsykiatrisk karaktär. Socialtjänsten upplever i dessa ärenden att landstinget inte tar sitt ansvar. Landstinget överlåter till kommunen att ta det yttersta ansvaret när det passar dem.

Flera kommuner uppger dock att det område inom psykiatri där samarbetet fungerar bäst är just mellan socialtjänst och BUP. Detta samarbetet är oerhört viktigt för socialtjänsten därför att man inom socialtjänsten har behov av denna kompetens. Socialtjänsten saknar erfarenhet av att bedömma och behandla psykiskt störda ungdomar.

De mindre kommunerna klagar på att man har långt till de resurser som BUP har att erbjuda. I dessa kommuner har man få ärenden och får därför ingen rutin i handläggningen. Stor okunskap råder därför om hur psykiskt störda barn och ungdomar skall behandlas.

Problem beträffande insatser för psykiskt störda vuxna i arbetsför ålder

Avgränsningen socialtjänst – psykiatri upplevs som oklar och diffus. Det finns i flera kommuner ingen speciell målsättning eller speciella resurser avsatta för gruppen psykiskt störda. Socialtjänsten är osäker i sitt bemötande av denna grupp. Det bristande samarbetet med vuxenpsykiatrin är den främsta enskilda orsaken till de svårigheter och den osäkerhet socialtjänsten känner i insatserna gentemot vuxna psykiskt störda.

Psykiatrin, menar man, överlåter till socialtjänsten att ta det yttersta ansvaret. Psykiatrin har här bristande insikt och kunskaper om socialtjänstens möjligheter personellt och ekonomiskt. Även mycket sjuka personer lämnas åt sitt öde med hänvisning till att psykiatrin saknar resurser. Kommunen får då ta det ekonomiska ansvaret.

Flera kommuner upplever att det är svårt att hitta adekvat sysselsättning för vuxna psykiskt störda i arbetsför ålder. Man saknar både resurser och lämpliga metoder när det gäller att skaffa denna grupp arbete eller meningsfull sysselsättning. Det krävs här speciell kompetens som i dag saknas inom socialtjänsten. Det finns i dag också alldeles för få exempel på bra passande verksamheter för denna grupp. Det har hänt att psykiskt störda har upplevts som störande moment även i speciellt riktade verksamheter, som t.ex. dagverksamhet för psykiskt störda.

Många upplevs också ha ett bristande stöd i sin boendemiljö. Lämpliga boendeformer saknas. Borde finnas skyddat och halvskyddat boende, vilket i dag helt saknas i de flesta kommunerna.

Man nämner att samarbetet och insatserna ofta fungerar bra från landstingets sida när det gäller utflyttningar av psykiskt sjuka från psykiatris institutioner men att det därefter brister om det uppstår akuta situationer eller andra svårigheter. Det upplevs då från socialtjänsten som svårt att få gehör och förståelse för att socialtjänstens personal då omgående behöver få hjälp och stöd från psykiatrin. Det finns en tröghet från psykiatrin när det gäller att här förändra sitt arbetssätt och gå ut från kliniken och ge stöd och hjälp, vilket den nya situationen med alltfler psykiskt störda ute i samhället kräver. Man efterlyser kontaktpersoner från psykiatrin, bättre uppföljning samt "sviktplatser". Psykiatrin upplevs också fortfarande som alltför biologiskt

inriktad i sitt arbetssätt.

Det upplevs också att det i dag saknas behandlingsalternativ för psykiskt störda missbrukare. Ett ökat antal invandrare med psykiska störningar skapar också ytterligare problem när det gäller kompetensen att hantera kulturkrockar och psykisk störning. Sådan kompetens saknas i dag nästan helt.

Problem beträffande psykiskt störda äldre

Även när det gäller äldre psykiskt störda är det gränsdragningsproblemen gentemot psykiatrin som upplevs som mest otillfredsställande. Man upplever att ärenden övervältras från psykiatrin till socialtjänstens äldre- och handikappomsorg. Viss stöttning ges från vuxenpsykiatrin initialt i form av samtal med berörd personal, vilket upplevs som positivt. Det önskas dock att vuxenpsykiatrin även kunde ge direkt handledning till hemtjänstpersonal i mer komplicerade ärenden. Det råder bland hemtjänstpersonalen i regel stor okunskap kring förhållningssättet mot psykiskt störda äldre. Sekretesslagen upplevs också som hindrande i hemtjänstens samarbete kring psykiskt störda äldre. Problematiken upplevs i dag vara ungefär densamma som mellan hemtjänst och hemsjukvård. Vem skall egentligen göra vad?

I Kristinehamns kommun arbetar två skötare från psykiatrin med gruppen äldre psykiskt störda ute i kommunen. Deras arbete upplevs ha gett stora positiva förändringar och fler sådana resurser efterlyses.

2. Situationen för psykiskt störda

Det man främst diskuterar när det gäller situationen för de psykiskt störda i kommunerna är avgränsningsproblemen socialtjänst-psykiatri? Vem skall egentligen göra vad? Generellt uppfattar man då att psykiatrin överlåter allt större ansvar på kommunen. På grund av dessa gränsdragningsproblem så är det i dag enligt kommunerna i Värmland många vuxna psykiskt störda som far oerhört illa i samhället. Det gäller främst de som har en kombinationsproblematik som t.ex. missbruk och psykisk störning eller behov av sjukvård och social omvårdnad.

Det finns heller inte något anpassat boende utanför psykiatrins institutioner. Informationen från psykiatrin angående deras patienter är minimal till kommunerna. De psykiskt störda som socialtjänsten har kontakt med har kontak-

tat dem själva. Därför tror man att det i kommunerna finns en stor grupp psykiskt störda vars behov av stöd och hjälp man helt enkelt inte känner till.

Man är också trött på att all behandling som psykiatrin ställer upp med alltid skall ske på kliniken och aldrig i den sjukas hemmiljö.

3. Samarbete landsting – kommunerna i Värmland

Finns i de flesta kommuner s.k. LAKO-grupper för samarbete på förvaltningsnivå mellan landsting och kommun. För det mesta deltar dock inte psykiatrin i dessa samarbetsgrupper. Några skriftliga samarbetsavtal uppges inte finnas.

Samarbetet mellan kommunernas socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatrin uppges i flera kommuner fungera bra med regelbundet återkommande träffar samt gemensamma diskussioner kring enskilda ärenden.

Däremot uppges de flesta kommunerna att samarbetet med vuxenpsykiatrin inte fungerar. Några kommuner uppges att man har ett visst samarbete med skötarpersonal från psykiatrin när det gäller äldre psykiskt störda.

4. Bedömning av hur mycket resurser kommunerna satsar för psykiskt störda personer

De flesta kommunerna uppges att man har svårt att utan en omfattande undersökning uppges de resurser man i dag satsar på psykiskt störda. Psykiskt störda finns aktuella som ärenden inom socialtjänstens alla verksamheter.

5. Exempel på nya arbetsmodeller eller arbetsformer

Ingen kommun har redovisat några sådana exempel.

6. Förslag till lösningar

De mindre kommunerna uppges att man gärna såg att psykiatrin åtminstone vissa dagar i veckan hade någon form av öppen mottagning i kommunen. Denna personal borde då ha ett regelbundet samarbete med socialtjänsten. Hemtjänsten borde också få ökad kompetens i psykiatri. Det måste också finnas fler boendialternativ än lägenhetsboende för den här gruppen då ris-

ken för isolering annars är påtaglig. Valmöjlighet mellan eget boende och olika former av gruppboende eller boendekollektiv borde finnas.

Bättre samarbete mellan socialtjänsten, arbetsförmedlingen och försäkringskassan skulle också lösa en del av de problem som finns i dag.

Vad gäller ett enhetligt huvudmannaskap är uppfattningarna delade. Några anger att ett enhetligt huvudmannaskap kanske skulle lösa en del av problemen och skulle i vart fall inte göra situationen sämre än vad den är idag. Ett gemensamt huvudmannaskap skulle t.ex. medföra att det fanns fler skötare i öppenvården som kunde förstärka den psykiatriska kompetensen där liksom att kommunens möjligheter att samordna psykiatrins resurser med kommunens övriga resurser skulle underlättas. Andra uppger att ett enhetligt huvudmannaskap ändå inte löser de grundläggande samarbetssvårigheterna. Den kunskapsbank/expertis som finns inom psykiatrin måste bevaras. Socialtjänsten är beroende av att denna kompetens inte uttunnas för att socialtjänsten skall kunna klara de ökade åtagandena för gruppen psykiskt störda.

ÖREBRO LÄN

Samtliga 11 kommuner i länet har besvarat enkäten. Dessa är Askersund, Degerfors, Hallsberg, Hällefors, Karlskoga, Kumla, Laxå, Lindesberg, Ljusnarsberg, Nora, och Örebro kommuner.

Problem som kommunerna möter när det gäller insatser för psykiskt störda barn- och ungdomar

Individ- och familjeomsorgen och barn- och ungdomspsykiatri arbetar avskilda från varandra i olika kulturer. Detta försvårar eller rent av förhindrar samverkan i enskilda ärenden. Personalen inom individ- och familjeomsorgen arbetar dessutom i en i hög grad decentraliserad organisation och BUP i en mer centraliserad. Avsaknad av ett BUP-team på orten ger en mycket begränsad tillgång till psykiatrisk hjälp. Ju längre avståndet är till vården desto sjukare tycks människor bli innan de söker behövlig vård.

Kommunernas barnomsorgsorganisation är i dag alltför statisk när det gäller barn med särskilda behov. Även barnomsorgens kompetens måste anpassas till psykiskt störda barns behov. Problemet gäller att på ett daghem med psykiskt störda barn få den resursförstärkning som man behöver. Flexibiliteten i lösningarna måste öka. Detta förutsätter då ett närmare samarbete med BUP även på andra nivåer än den individuella. T.ex borde barnomsorgen kunna tillhandahålla små daghemsgrupper för psykiskt störda barn.

Placeringen av psykiskt störda barn i barnomsorgen förbereds inte från psykiatriens sida. Daghemmen får inte rådruum för att minska barngruppen, skaffa resursförstärkning etc.

När landstinget inte kan erbjuda adekvat vård på behandlingshem inom länet tvingas kommunernas socialtjänst ibland att bekosta vårdplatser utanför länet, därför att psykiatrien vägrar att ta det ekonomiska ansvaret.

I Hällefors kommun finns en flyktingförläggning där det finns många flyktingbarn. Många av dessa barn kommer från krigsskådeplatser och deras

separationer och uppbrott är många. Flera av dem skulle behöva få barnpsykiatrisk hjälp men får inte detta i dag.

Problem beträffande psykiskt störda vuxna i arbetsför ålder och psykiskt störda äldre

Generellt sägs att vare sig mål, arbetsformer, resurser eller organisation inom kommunernas individ- och familjeomsorg är speciellt bra anpassat till arbetet med eller behoven för psykiskt störda. Att kunna arbeta med den här målgruppen ställer nya krav på metod- och kompetensutveckling inom socialtjänsten. Det gäller exempelvis psykiskt störda missbrukare, ungdomar som utsatts för sexuella övergrepp, psykiskt skadade flyktingar. Behovet av stadigvarande eller mycket långvariga stödkontakter och andra insatser från socialtjänstens sida ökar, inte minst insatser för gemenskap och sysselsättning för just den här gruppen. Uppgiftsfördelningen mellan socialtjänsten och psykiatrin är idag oklar främst när det gäller eftervården.

Vid en nedbrytning av de officiella målen till delmål som utgår från det aktuella läget i landstinget och länets kommuner framgår klart behovet av vissa gemensamma åtgärder. Det viktigaste är då utbildningen av personal inom socialtjänst, primärvård och psykiatri. Kommun och landsting är beroende av varandra för att kunna skapa en god kunskapsnivå hos sin personal. Primärvård och psykiatri behöver kunskaper om socialtjänsten och kommunens möjligheter att hjälpa och stödja de som är psykiskt störda och socialtjänstens personal behöver kunskaper om psykiatriska problem och hur dessa kan kännas igen, lösas och behandlas. Samverkan med psykiatrin behöver således utvecklas och socialtjänstens personal förutom utbildning också kontinuerlig handledning i arbetet med psykiskt störda. Man måste då komma överens om formerna för dessa gemensamma fortbildningsinsatser, om hur konsultationsinsatserna från psykiatrin skall gå till och vad dessa skall ha för innehåll och omfattning.

Avinstitutionaliseringen inom psykiatrin kräver att kommunerna utvecklar mer varierande boendeformer för den här gruppen. Hittills har insatserna främst bestått i att erbjuda egna lägenheter samt hänvisa till en dagcentral i kommunen. Detta är dock helt otillräckligt som åtgärd. Olika typer av gruppboenden, bostadsgrupper med gemensamhetslokal etc. måste också

kunna erbjudas. Detta kräver också att kommunerna anställer skötare som kan svara för det psykosociala stödet till dem i eget boende. Speciella hemvårdargrupper med en socialpedagogiskt skolad arbetsledare (eventuell skötarkompetens) bör inrättas som tar de ärenden där den ordinarie hemvårdsgruppen inte klarar uppgiften. Det är också nödvändigt med ett närmande mellan vårdplaneringsgrupperna och den sektoriserade psykiatrin.

I Örebro kommun uppger man att socialtjänstens insatser till psykiskt störda i dag huvudsakligen består av hemtjänstinsatser. Hemtjänsten bistår med praktiskt stöd men saknar uttalade mål för sina insatser. Individ- och familjeomsorgen deltar i dag inte alls i arbetet med att rehabilitera psykiskt störda. De flesta psykiskt störda har pension som klarar deras försörjning och lever i övrigt mycket isolerat. Individ- och familjeomsorgen ser därför ingen anledning till insatser från dem. Dagcentralverksamheten blir därför ofta en slutstation även om de psykiskt störda har kommit så långt i sin rehabilitering att de efterfrågar arbete. Individ- och familjeomsorgens kunskaper om sociala arbetshinder och etablerade samverkan med arbetsförmedling och försäkringskassa vore helt klart en tillgång om de tog tag i och uppmärksammade även gruppen psykiskt störda.

Stödet från psykiatrins öppenvårdsteam upplevs som ostrukturerat och fungerar ej som en kanal till rehabilitering. Även stödet från psykiatrin vid utflyttning från institution har varit och är bristfälligt. För hemtjänsten är dessa uppgifter nya och annorlunda i förhållande till deras traditionella uppgifter när det gäller omsorgen om äldre. Deras bristande kunskaper när det gäller psykiskt stördas behov, osäkerhet, rädsla och fördomar har komplicerat deras arbete. Hemtjänstens personal arbetar idag oftast efter ett rullande schema, vilket innebär dålig kontinuitet för de psykiskt störda, samt att alla vårdbiträden oavsett personlig lämplighet får arbeta med gruppen psykiskt störda.

Utflyttningen från psykiatrins institutioner har skett utan samråd och samverkan mellan landstinget och kommunerna. Kommunernas hemtjänst har tyckt sig ställd inför fullbordat faktum vad gäller krav på hemtjänst för ökanda utflyttade i gruppboenden eller eget boende. Den lokala hemtjänsten tvingas då tillskapa nya resurser och tjänster med ytterligare budgetunderskott som följd. Detta har skapat bitterhet gentemot landstingets psykiatriförvaltning.

Frånsett en avgiftningsavdelning för främst alkoholmissbrukare avsätter psykiatrin i stort sett inga resurser för psykiskt störda missbrukare, trots att inslagen av psykiska störningar blir alltmer omfattande inom denna grupp. Psykiatriska resurser inom öppen och slutenvård saknas och öppenvårdsteamerna definierar bort gruppen. Behandlingshem för psykiskt störda missbrukare saknas i länet. Diskussionen om bristen på adekvat LVM-vård för denna grupp är högaktuell just nu bl.a. på grund av en JO-anmälan.

Det saknas i dag bra bostadslösningar för de mest störande psykiskt störda. De skrivs ändå ut från psykiatrin utan samarbete med kommunerna ens beträffande lämplig bostad. Psykiatrin visar oförståelse för det känsliga i att placera störande eller våldsamma psykiskt störda bland andra boende. Samarbete här skulle kunna ge lösningar som allmänheten lättare kunde acceptera.

Psykiskt avvikande hjärnskadade faller idag mellan den psykiatriska och den somatiska vårdens stolar. Denna grupp är i behov av ett omfattande stöd i boendet.

I de lokala vårdplaneringsgrupperna saknas både psykiatrisk och individ- och familjeomsorgens kompetens. Individuella vårdplaner upprättas därför ej för psykiskt störda.

Resurserna för arbetsträning och ADL-träning saknas eller är otillräckliga.

2. Situationen för psykiskt störda

Socialtjänsten och psykiatrin vet för lite om varandra, talar inte riktigt samma språk och har bristande kännedom om varandras kompetens. Detta får till följd att man har svårt att hitta samarbetsformer och vilken arbetsfördelning man skall ha. Dessa brister leder till att den enskilda människan kommer i kläm. Både landstinget och kommunerna får här ta på sig ansvaret för dessa brister. En människa med svåra psykiska störningar har ofta behov av hjälp från olika verksamhetsområden och är därför beroende av att det finns goda samarbetsformer mellan olika samhällsorgan. Det är därför av yttersta vikt att samarbetet blir bättre omgående, att kommunerna i länet och landstingets psykiatriförvaltning får till stånd ett konkret och åtgärdsinriktat planeringsarbete. Ansvarsfördelning och samverkansformer måste preciseras mer långsiktigt, så att arbetsfördelningen blir klarlagd mera distinkt, med andra

ord vem skall göra vad? Den enskilde psykiskt störde får inte, som alltför ofta sker i dag, komma i kläm i en diskussion om ansvar och huvudmannaskap.

Psykiatrin i Örebro län talar ofta och gärna om avgränsning och hänvisar till kommunernas yttersta ansvar när de egna resurserna inte förslår. Psykiatrin uttrycker sin kompetens tydligare än vad individ- och familjeomsorgen gör. Med sin tydligare specialistroll har den ett övertag gentemot individ- och familjeomsorgen i förhandlingar och i samverkan.

Socialtjänsten försöker, anser man, närma sig psykiatrin och efterfråga samarbete men denna begäran kommer ensidigt från socialtjänsten. Psykiatrin är inte lika angelägen om att samarbeta. Det är alltid socialtjänsten som får ta kontakt med psykteamet trots att det ju enligt socialtjänstens uppfattning är psykteamet som skall ha "förstahandsansvaret". Socialtjänsten är av den uppfattningen att psykiatrin är allenarådgivande, att de anser sig lite förmer. Psykiatrins hållning verkar vara, "vi litar inte riktigt på vad socialtjänsten kan". De saknar tilltro till socialtjänsten och detta bottnar i direkt okunskap om socialtjänstens olika kompetenser.

Det händer fortfarande alltför ofta att människor blir utskrivna från psykiatrin utan att kontakt tas med socialtjänsten.

Många psykiskt störda har pension, vilket leder till att de har "fritid hela dygnet". De kan därför lätt bli passiviserade och isolerade eftersom de ofta saknar fungerande socialt nätverk. Det är därför av yttersta vikt att socialtjänsten försöker stärka dessa människors självkänsla, att man arbetar mycket med att bryta deras isolering, så att de ej sitter och trycker ensamma i sina lägenheter. I Degerfors kommun hänvisar man här till en mycket väl fungerande kontaktgrupp för psykiskt störda som sorterar under kommunens fritidsverksamhet.

En annan allvarlig brist som påtalas från socialtjänsten i Degerfors är att psykiatrin inte har någon kontroll på medicineringen. Man tar ej reda på hur individen mår på grund av sin medicinering. Detta gäller de individer som socialtjänsten i Degerfors har kontakt med. Ingen uppföljning görs och medicinens inverkan på patienterna kontrolleras ej.

Lämpliga bostäder och praktiskt stöd i boendet är i dag inte tillräckligt. För en fungerande vardag krävs också en aktiv social rehabilitering till arbete och andra aktiviteter. Här har psykiatrin och individ- och familjeomsorgen

gemensamma uppgifter att ta tag i tillsammans med arbetsmarknadsmyndigheter och försäkringskassa.

Man kan också notera en självkritisk hållning på sina håll i kommunerna. Den egna organisationen är i vissa avseenden för fyrkantig och för långsam i vändningarna.

3. Samarbete mellan landstinget – kommunerna i Örebro län

Ett samverkansavtal om hemsjukvård finns sedan länge mellan landstinget och kommunerna. Detta omfattar även gruppen psykiskt störda personer. Det fungerar dock inte tillfredsställande för kommunerna. Det skilda huvudmannaskapet och skilda budgetar leder till kortsiktiga ekonomiska resonemang för att få den egna budgeten att gå ihop. Kommunernas yttersta ansvar gör det lättare för landstinget än för kommunerna att spara inom gemensamma ansvarsområden. Ökat vårdbehov ger ökade kostnader för kommunerna, utan något motsvarande tillskott av medel från landstinget.

Socialtjänsten och psykiatrin är båda slutna världar. Att samarbetet kring en del enskilda människors situation fungerar bra beror på de inblandade personerna.

I Örebro finns numera en samplanering av bostadsfrågor mellan psykiatrin och socialtjänsten. En person från socialförvaltningen och en person från psykiatrin arbetar tillsammans med gemensam planering av bostäder, stöd i boendet och social rehabilitering.

I Brickebacken-Gällersta kommun del i Örebro finns ett samverkansprojekt BUP-individ-och familjeomsorgen.

I Karlskoga fungerar samarbetet BUP-socialtjänsten bra. Ett annat exempel på gott samarbete är det mellan hemtjänsten och psykteamet i Lindesberg.

4. Bedömning av hur mycket resurser kommunerna satsar för psykiskt störda personer

De flesta kommunerna anser det omöjligt att snabbt göra någon samlad uppskattning av de kommunala resursernas storlek när det gäller insatser för psykiskt störda.

5. Exempel på nya och mer ändamålsenliga arbetsmodeller eller arbetsformer

Från Örebro kommun redovisas följande exempel:

- Nya samarbetsformer för bostadsförsörjningsplaneringen. (Se "På väg" sid. 83.)
- Nystartad Fontänhus-verksamhet i stiftelseform.
- Kontaktgruppsverksamhet i flera kommundelar.
- Översyn av hur det delade ansvaret för stöd i eget boende skall hantearas.
- Samverkan mellan individ- och familjeomsorgen – BUP i Brickebacken-Gällersta kommundel.

Från Kumla kommun nämns följande nya initiativ för psykiskt störda:

- Dagcentral för psykiskt störda
- Half-way-house
- En specialiserad hemvårdsgrupp mot psykiskt störda
- Inrättandet av en skötartjänst för samordning psykiatri-socialtjänst
- Ett gruppboende för lättsköta psykiskt störda
- Hemterapeut och hemmahos-verksamhet och viss familjehemsverksamhet mot psykiskt störda

Från Degerfors kommun nämns följande exempel:

- En kontaktgrupp som organisatoriskt hör under fritidssektorn. Rekrytering, introduktion och handledning sker via vuxenpsykteamet i Karlskoga.
- Förmedling av egna medel för psykiskt störda från socialkontoret. En verksamhet som också fungerar som en social kontaktverksamhet.
- Bussprojektet – regelbundna träffar mellan socialsekreterare inom individ- och familjeomsorgen, barnpsyk, vuxenpsyk och omsorgerna.
- Kvälls- och nattpatruller riktade till bl.a. till psykiskt störda.

Från Karlskoga nämns Gryningen – en dagverksamhet i samverkan mellan BUP och socialtjänsten. Målgruppen är småbarnsföräldrar och deras barn. Målsättningen är att förebygga och behandla relationsstörningar. (Se "På väg" sid. 63.)

6. Förslag till lösningar

Primärkommunalt huvudmannaskap för psykiatrin eller åtminstone organisatorisk samordning med gemensam budget föreslås av flera kommuner som en lösning.

Ett annat förslag är att kommunen tilldelas ekonomiska resurser och köper den psykiatriska vården där den är bäst. Då skapas en marknad med konkurrens som förhoppningsvis förbättrar kvaliteten på vården.

Ytterligare ett förslag är enhetligt huvudmannaskap för vissa yrkesgrupper t.ex. skötare, undersköterskor och vårdbiträden för att få en mer flexibel organisation. Psykiatrin och socialtjänsten arbetar ofta med samma människor men man arbetar inte ihop.

Andra förslag är:

- klargörande av ansvarsförhållanden
- gemensam information och utbildning
- sektoriserad psykiatri med öppenvårdsresurser i varje kommun och flera mindre behandlingshem
- överföring av medel från psykiatrin till kommunen för varje enskild psykiskt störd person som är i behov av stöd i boendet eller dagverksamhet
- skapandet av goda förutsättningar för aktiva patient- och anhörigorganisationer samt utöka samarbetet med dem.

När det gäller schizofrenipatienter föreslås att så fort någon fått denna diagnos så skall direkt en kontaktman utses som har till uppgift att hjälpa och stödja denna person och se till att han får den hjälp han behöver.

VÄSTMANLANDS LÄN

Samtliga 11 kommuner i Västmanlands län har besvarat enkäten. Dessa är Arboga, Fagersta, Hallstahammar, Heby, Kungsör, Köping, Norberg, Sala, Skinnskatteberg, Surahammar och Västerås kommuner.

Inledningsvis kan man sammanfatta kommunernas synpunkter i Västmanlands län i följande huvudpunkter:

- Det finns en tydlig ökande tendens till överföring av insatser från psykiatri till socialtjänsten utan att motsvarande resurser förs över.
- Avgränsningarna mellan de olika huvudmännens ansvarsområden är oklara; skriftliga samverkansavtal saknas.
- Insatserna för psykiskt sjuka människor, såväl vuxna som ungdomar, är inte i tillräcklig utsträckning anpassade till de verkliga behov som finns bland kommunernas innevånare, detta är ett generellt problem för länet.
- Företrädare för kommunerna upplever inte sällan svårigheter i samarbetet med landstinget när det gäller insatser för psykiskt störda.
- Olika synsätt på de människor man möter: Psykiatri å sin sida avgränsar sig till individen medan socialtjänsten å andra sidan möter människorna i sina sammanhang med utgångspunkt i ett helhetsperspektiv. Det innebär ibland att insatserna kan motarbeta varandra.

1. Problem som kommunerna möter när det gäller insatser för psykiskt störda barn- och ungdomar

Vården och insatserna är inte anpassade till de verkliga behov som finns i kommunerna. Detta är påtagligt när det gäller tonåringar. Samarbetet funge-

rar ofta bättre när det gäller de yngre barnen.

Ett stort problem är att de ungdomar som behöver hjälp "inte passar in" i den vård och behandling som erbjuds. Institutionsvården t.ex. avgränsar sig alltmer och bortdefinierar personer med kriminalitet och missbruk som bakgrund till förmån för personer med mer renodlade relationsstörningar.

Sedan en tid tillbaka finns i Västerås en akut utredningsavdelning för ungdomar, kopplad till barnpsyk. Gränserna för vilka som tas emot är snäva och riktar sig framför allt till psykotiska ungdomar eller till dem där det föreligger suicidrisk. För de barn och ungdomar som har psykiska störningar men som avvisas, saknas andra vårdalternativ. Antalet platser är inte tillräckligt.

Det saknas också vårdplatser kopplade till utredningsavdelningen. Utskrivningarna sker med kort varsel. Detta leder till att vissa ungdomar efter utredning lämnas åt sitt öde om inte kommunerna har hunnit ordna behandlingsplats. Här finns ett tydligt behov av en "mellanstation" i avvaktan på placering.

När det gäller landstingets institutioner för ungdomar får kommunerna ibland betala extra för att plats skall beredas till mer utagerande ungdomar som kräver mer personal eller personal dygnet runt. Det förekommer också att Västerås kommun fullt ut finansierar tjänster vid landstingets behandlingshem för att barn/ungdomar skall få stanna för fortsatt vård.

Man redovisar också olikheter i synsätt, bristande resurser och avsaknad av måldiskussioner mellan socialtjänst och BUP.

Socialtjänsten riktar sig främst till de mest utsatta familjerna, människor som lever på marginalen. BUP riktar sig i stor utsträckning till relativt motiverade familjer med viss probleminsikt. Socialtjänstens klienter uppfyller inte alltid dessa krav men det finns ändå behov av psykiatrisk kompetens i många ärenden. Detta kan i vissa fall innebära problem i samarbetet eftersom BUP släpper ärenden för lätt, ärenden där socialtjänsten kan ha lagt ned mycket arbete på att motivera för behandling. Bedömningar kring vilka behandlingsbehov som föreligger skiljer sig också åt vilket inte sällan leder till att socialtjänsten får ha kvar det fortsatta ansvaret utan medverkan från BUP.

BUPs verksamhet präglas dessutom av en slutenhet i förhållande till ungdomar. BUP borde därför söka en annan arbetsform för kontakter med tonåringar så att arbetet kunde bedrivas under mer öppna former (jfr ungdomsmottagningarna). Det upplevs även av handläggare inom socialtjänsten som

svårt att få hjälp med såväl bedömning som med inläggning. Bilden är emellertid inte entydig, flera kommunföreträdare pekar på ett bra samarbete på handläggarnivå.

Det finns ett behov av att utveckla arbetsformer för samarbete i enskilda ärenden. För närvarande sker en del insatser parallellt och i värsta fall med helt olika inriktning vilket då också ger upphov till *prestigekonflikter* mellan psykiatrin och socialtjänsten.

Ett annat konkret behov som aktualiseras är någon form av dagterapi för behandling av familjer under längre tid inom psykiatrins ram.

Problem beträffande insatser för psykiskt störda vuxna i arbetsför ålder:

Individ- och familjeomsorgen inom socialtjänsten i Köping skriver bl.a. följande:

"För vuxna saknas helt en uppsökande och motiverande verksamhet inom psykiatrin. En stor grupp människor med psykiska störningar och ett avvikande beteende (ofta utan sjukdomsinsikt) som inte är aktualiserade patienter inom psykiatrin saknar möjlighet att få del av psykiatrins insatser och en adekvat vård. Signaler om att dessa personer på olika sätt far illa och krav på åtgärder kommer oftast till socialtjänsten eller polisen. Socialtjänsten saknar både resurser och kompetens att tillgodose dessa människors behov. Socialtjänstens insatser blir i dessa fall alltid av akut karaktär. Möjligheterna till att aktualisera individen inom psykiatrin begränsas oftast till en vårdintygsprövning med hjälp av distriktsläkare. I många fall är behovet av vård inte av sådan art att ett så drastiskt ingripande behövs, men mellanformerna saknas".

När det gäller öppenvårdsteamens verksamhet väcktes från början en rad förväntningar vilka tycks ha grusats i dag. Teamen är inte tillgängliga för de behov som finns och det råder en oklarhet om deras arbetsuppgifter.

Det ställs stora krav på de sökande själva, att passa tider, att ha motivation, att acceptera terapeuten med mera. Det leder till att en "exklusiv" skara får den hjälp de behöver medan däremot många som behöver hjälp hamnar utanför. Det kan också för socialtjänsten vara svårt att få tag på personal att samarbeta med inom öppenvårdsteamet. Samarbete sker oftast på initiativ av

socialtjänsten och präglas av att "de" dvs. psykiatrin hjälper "oss" dvs. socialtjänsten. Här finns uppenbart brist på ömsesidighet i samarbetet.

När det gäller den slutna vården är det svårt att få personer inskrivna om inte personal från socialtjänsten följer med och motiverar. Liksom på ungdomssidan är det inte ovanligt att utskrivningar sker innan kontakter har tagits med socialtjänsten och förberedelser hunnit göras på "hemmaplan".

Olikheter i synsätt när det gäller sjukskrivningar, medicinföreskrivningar, behandling med mera vållar också problem.

Brist på resurser inom psykiatrin, leder förutom till långa väntetider, också till att personer med allvarliga psykiska problem avvisas. Det innebär att kommunerna får ta på sig höga terapikostnader via socialbidrag. Här borde istället psykiatrin kunna utveckla kontakter med privata terapeuter, som kunde hjälpa landstingen att tillgodose behoven. En annan komplikation är att socialtjänsten hamnar i situationer där enskilda terapeuter avgör patienternas behov av terapi, ställningstaganden som istället borde göras på t.ex. vuxenpsyki.

Problem beträffande insatser för psykiskt störda äldre.

För äldre människor över 65 år är det i det närmaste omöjligt att få vårdplats inom ramen för psykiatrin. Där akuta behov uppstår måste det många gånger gå så långt som till omhändertagande enligt LSPV för att personen skall kunna beredas vård. I extrema fall kan det innebära att rättssäkerheten kan åsidosättas för dessa människor.

Det finns ett gap mellan de två verkligheter som personalen inom den sociala hemtjänsten ser respektive vad personalen inom psykiatrin upplever. Det beskrivs i termer av att vara i "två helt olika världar" och syftar på att psykiatrin har ett individriktat terapeutiskt synsätt medan socialtjänsten ser till helheten och sammanhanget där personen befinner sig och att socialtjänsten "måste ut i verkligheten hur den än ser ut". Det innebär att människor hamnar i kläm mellan kommunen och psykiatrin framför allt när socialtjänsten tvingas säga nej till insatser.

Inom socialtjänsten finns inte de resurser som behövs för dessa människor, kunskaperna och övriga resurser finns kvar hos landstingen. Personerna hänvisas till den ordinarie äldreomsorgen efter utskrivning från vård inom

psykiatrin.

Inom hemtjänsten finns behov av handledning från psykiatrin om hur man bör förhålla sig till de människor man skall arbeta med. Det här är en utveckling som börjar komma igång på en del ställen, men det finns fortfarande stora brister.

2. Situationen för psykiskt störda personer

Som tidigare nämnts anser kommunerna i Västmanlands län att det finns en tydlig tendens till övervältring av ärenden från psykiatrin och omsorgen till socialtjänsten utan att motsvarande resurser från landstinget förs över.

Avgränsningarna mellan huvudmännen är oklara. Vem har huvudansvaret? Socialtjänsten genom det yttersta ansvaret eller psykiatrin? Inom socialtjänsten saknas ofta kompetens och utbildningsprogram för att möta arbetet med psykiskt störda. Inte minst hemtjänstpersonalen är i behov av handledning och utbildning som skulle kunna tillhandahållas av öppenvårdsteamerna inom psykiatrin.

I samband med psykiatrins omstrukturering och ändrade arbetsformer har många patienter flyttats ut till eget boende i kommunerna. En ledstjärna har varit "normalisering". Det har emellertid visat sig vara svårt att ge bostad till personer som är störande, och i dag ställs ofta krav på att istället ordna skyddat boende med stöd av personal, något som ger mycket höga kostnader för kommunerna.

En annan erfarenhet av utflyttningen till eget boende har varit att den inte alltid åtföljs av psykiatriska öppenvårdsinsatser. Det leder inte sällan till total isolering, klinikvistelser och sjukdomsåterfall. Socialtjänsten får många gånger bära hela ansvaret för dessa människor.

3. Samarbete landsting – kommunerna i Västmanlands län

Det finns i dag inget skriftligt samverkansavtal gällande psykiatrin mellan kommunerna i länet och landstinget. Däremot finns det informella muntliga överenskommelser inom vissa områden på kommunnivå.

En bidragande orsak till att skriftliga avtal saknas, kan vara den omfattande omorganisation som landstinget varit föremål för, men de här frågorna har alltid varit svåra att diskutera med landstinget om.

På politisk nivå finns ett samarbetsorgan mellan socialtjänst-sjukvård. Där träffas länets socialdelegation (9 ledamöter) och tre politiker från landstingets förvaltningsutskott 4 ggr/år. Endast undantagsvis förs diskussioner kring frågor som rör psykiatri och dessa initieras aldrig av landstinget.

Inom resp. sjukhusområde i länet (4 st) finns samarbete på högsta tjänstemannanivå för att lösa praktiska frågor i det enskilda fallet (inga generella överenskommelser) och det gäller framför allt andra frågor än de som rör psykiatri.

Den dagliga hanteringen av praktiska vårdfrågor gällande äldre- och handikapp som rör både landsting och kommunen sköts i Västmanland av s.k. vårdplaneringsgrupper. Här ingår hemtjänstassistenter, distriktssköterskan och en läkare från primärvården men psykiatri står utanför.

Äldre- och handikappomsorgens samarbete med psykiatri varierar mycket från kommun till kommun och ibland även inom kommunen beroende på vilket öppenvårdsteam man tillhör. Flera av de mindre kommunerna beskriver avsaknad av samarbete, andra kan uppvisa visst fungerande samarbete på några områden.

Företrädare för individ- och familjeomsorgen beskriver i de flesta kommuner samarbete med personal från psykiatri, även om det är mer eller mindre regelbundna träffar från en gång/månad till två-tre gånger per år. Träffarna sker framför allt på handläggarnivå för att diskutera enskilda ärenden men i vissa fall även för att diskutera samarbetformer (mindre vanligt). Det gäller samarbete med såväl BUP som vuxenpsykiatri.

4. Bedömning av hur mycket resurser kommunerna satsar för psykiskt störda personer

Inom socialtjänsten används resurser från alla yrkeskategorier för arbete med psykiskt störda personer. Hur stor del av insatserna som riktas mot den här gruppen är emellertid mycket osäkert att uppskatta men det står klart att det handlar om en stor del inom såväl individ- och familjeomsorg som äldre- och handikappomsorg. Där finns personer med psykiska störningar med som målgrupp inom verksamheternas samtliga arbetsområden.

Ett problem med att besvara frågan, är dock på vilket sätt psykiska störningar skall definieras och hur avgränsningar kan göras för t.ex. psykiska

besvär.

Inom hemtjänsten i Västerås finns två "specialgrupper" vilka riktar sina insatser till "svåra" klienter med missbruks- och/eller psykiska problem. Det handlar om 12 årsarbetare och ca 50 % av deras insatser uppskattas gå till psykiskt störda personer. Specialgrupperna möter de svåraste klienterna, andra får hjälp via den ordinarie hemtjänstverksamheten. Eftersom det är en tung grupp att arbeta med krävs det ofta att personalen arbetar tillsammans två och två. Kvälls- och nattpatruller kommer också ofta i kontakt med en "tung" klientgrupp med svåra psykiska problem i samband med larm etc.

Psykiskt störda personer tar även del av dagcentralverksamhet och annat för äldre men det går inte att säga i vilken omfattning.

Från Norbergs kommun ges hemtjänst till psykiskt sjuka personer i en omfattning av 75–80 timmar/vecka vilket motsvarar en årskostnad på ca 400 000 kr. Under våren 1991 skickade kommunen två vårdbiträden och en arbetsledare på fem dagars utbildning i att arbeta med psykiskt sjuka människor inom hemtjänsten (Sandinstitutet i Ludvika) till en kostnad av 30 000 kr.

När det gäller individ- och familjeomsorgens verksamhet kan följande nämnas: Flera kommuner i Västmanland har socialarbetare med riktade tjänster för arbete med psykiskt störda missbrukare. Särskilda resurser avsätts också för s.k. "egna-medel"-hantering vilket framförallt utnyttjas av människor med psykiska problem. "Hemma-hos"-insatser i barnfamiljer förekommer för barn och föräldrar med psykiska störningar i kombination med sociala problem. I övrigt kan nämnas kontaktpersoner/kontaktfamiljer, terapikostnader, familjehemsplaceringar, placeringar på behandlingshem, samtalsbehandlingar m.m.

Förutom ovanstående gör socialtjänsten en mängd akutinnsatser för människor som får sociala problem på grund av psykiska störningar. Det kan gälla problem med boende, isolering och annat vid exempelvis akuta depressioner och psykiska genombrott.

På avdelningen för individ- och familjeomsorg i Västerås uppskattas att ca 75 % av alla resurser på de olika distrikten avsätts för människor som är psykiskt störda och/eller missbrukare.

5. Exempel på nya arbetsmodeller eller arbetsformer

Socialtjänsten i Köping har tillsammans med psykiatrin bildat en arbetsgrupp/idégrupp som diskuterar möjligheterna till att samordna resurser för vuxna personer med psykiska störningar. Det finns ett förslag, som gäller öppnande av en lokal med dagverksamhet, riktad till människor som saknar sysselsättning och lever isolerade på grund av psykiska problem. En målsättning skulle vara att bryta isoleringen samt att minska personernas övriga myndighetskontakter genom samordning och samplanering.

I Västerås har bildats två "specialgrupper" inom hemtjänsten som riktar sina insatser mot "svåra" hemhjälpstagare med bl.a. psykiska problem. I dessa grupper har personalen utvecklat en hög kompetens och har numera ett förbättrat samarbete med ett av psykiatrins öppenvårdsteam.

En gång per månad träffar hemtjänstassistenten och två vårdbiträden personal från dessa specialgrupper detta öppenvårdsteam (representeras av läkare, sjuksköterska, mentalsköterska och arbetsterapeut. Från sjukhusets psykiavdelning finns en mentalskötare och en kurator med). Här tar hemtjänsten upp frågeställningar gällande klienternas medicinska bakgrund och här diskuterar man nuläge och planering för framtiden. Inom ett år sker uppföljning. Från hemtjänsten beskrivs detta arbetssätt i positiva ordalag: bättre samarbete, förbättrade resultat med klienterna, stärkta vårdbiträden.

I Västerås finns också ett antal lägenheter som disponeras av vuxenpsykiatrins patienter och dessa lägenheter är "kopplade till" två av äldreomsorgens servicehus. Det innebär att patienterna vid behov kan få hemtjänst via servicehusens personal och att det finns möjlighet att besöka dagcentralen. Ett av psykiatrins öppenvårdsteam anlitas vid behov av patienterna själva. Verksamheten flyter bra. De boende har tidigare haft långvariga, täta sjukhusvistelser bakom sig, vilket numera är mindre vanligt. En av lägenheterna disponeras för dagvård och personal från aktuellt psykteam turas om att finnas på plats del av dagen.

I en kommun finns numera ett café förlagt till socialbyråns lokaler. Caféet drivs av landstinget och bemannas av yngre vuxna med psykiska problem samt av vårdpersonal.

Sedan ett par år tillbaks drivs inom ramen för psykiatrin i Västerås projekt Råbystallet – en verksamhet med café, restaurang och cykelverkstad. Hit

kommer patienter från psykkliniken, från Lövhaga behandlingshem och från öppenvården. Grundidén är att verksamheten skall fungera så arbetslikt och vardagsmässigt som möjligt och att man här skall få fungera som och känna på hur det är att vara "frisk". Projektledaren är anställd av landstinget och personalen är anställda med hjälp av lönebidrag. Kommunen betalar hyran för lokalerna och ansvarar för skötseln av utemiljön. (Se vidare "På väg", sid. 198.)

När det gäller arbetsinriktad rehabilitering för psykiskt långtidssjuka finns ett nystartat projekt, "4 V – För Vem gör Vilka Vad i Västerås?". Det är ett samverkansprojekt mellan psykiatrin, socialtjänsten, försäkringskassan, arbetsförmedling, AMI, Samhall, RSMH och arbetsmarknadsparterna. Projektet syftar till att hjälpa psykiskt långtidssjuka till ett aktivt liv med meningsfull sysselsättning genom att utveckla metoder för arbetsrehabilitering och hitta samverkansformer mellan nämnda instanser. (Se vidare "På väg", sid. 219.)

6. Förslag till lösningar

Från kommunerna i Västmanlands län anser man det viktigt att få till stånd avtal mellan landsting och kommunerna som reglerar ansvar, avgränsningar och ekonomi. Med hänvisning till socialtjänstens utökade ansvar skall naturligtvis resurserna föras över från landstinget i motsvarande grad.

Det råder något delade meningar kring huruvida ett enhetligt huvudmannaskap skulle vara avgörande för att lösa de problem som finns i dag. Några uttrycker emellertid att de delar av psykiatrin som inte är specialistvård skulle tjäna på ett enhetligt huvudmannaskap. Det skulle troligen innebära ett bättre resursutnyttjande och kunna bädda för bättre och enhetligare mål för verksamheten.

Enhetligt huvudmannaskap skulle kunna innebära:

- bättre tillvaratagande av kunskap
- bättre resursutnyttjande
- gemensamma mål.

KOPPARBERGS LÄN

Av länets 15 kommuner har 13 besvarat enkäten. Dessa är Avesta, Borlänge, Falun, Gagnef, Hedemora, Leksand, Ludvika, Malung, Rättvik, Smedjebacken, Säter, Vansbro, och Älvdalens kommuner.

1. Problem som kommunerna möter när det gäller insatser för psykiskt störda barn och ungdomar

Det man från kommunerna i Dalarna främst upplever som problem är att socialtjänstens och psykiatrins arbetsätt och synsätt går vitt isär när det gäller arbetet med barn och ungdomar. Socialtjänstens företrädare ser psykiatrin som en tung institution som inte är öppen för insyn. Barnpsykiatrin uppfattas inte heller hänga med i utvecklingen vad gäller moderna familjeterapeutiska arbetsätt och vikten av att arbeta med en familjs sociala nätverk. Fortfarande dominerar det medicinska synsättet med sjukskrivning och psykofarmaka som främsta behandlingsresurs.

Från Malungs kommun anser man det vara helt oacceptabelt som det nu är med ca ett års väntetid för att få komma till barn- och ungdomsmottagningen i Mora. Ett effektivt arbete med barn och ungdomar i behov av psykiatrisk kontakt anser man under nu rådande omständigheter vara helt omöjligt.

Falu kommun reagerar på att barn- och ungdomspsykiatrin inte alls bedömer behovet av hjälp och stöd efter angelägenhetsgrad. I stället har de en viss formel där en viss procentandel av nya ärenden skall vara s.k. "indirekta remisser" oberoende av omständigheterna kring hur ärendet har aktualiserats. Flera svåra ärenden med tidiga störningar har avvisats med hänvisning till resursbrist.

Gagnefs kommun upplever att det finns för få behandlingsplatser vid BUP, att det helt saknas barnpsykiatriskt behandlingshem, att det är för få platser vid BUPs akut/utredningsavdelning och alltför långa väntetider till öppenvården.

I Hedemora kommun är man dock nöjd och upplever inte några direkta problem med att få psykiatrisk hjälp för de barn och ungdomar som behöver detta.

Problem beträffande insatser för psykiskt störda vuxna i arbetsför ålder samt äldre över 65 år

För vuxna konstaterar flera kommuner att man saknar fungerande psykiatrisk konsult hjälp när det gäller psykiskt störda missbrukare liksom fungerande avgiftning för alkoholmissbruk, narkomani och missbruk av psykofarmaka.

Ibland kommer också krav direkt från psykiatrin att socialtjänsten skall ställa upp med ekonomisk hjälp till psykoterapi för psykiskt störda personer på grund av kö inom vuxenpsykiatrin.

Några kommuner uppger också att socialtjänsten i dag saknar speciella mål, arbetsformer, resurser eller organisation inom individ- och familjeomsorgen för gruppen psykiskt störda personer. Detta gör också att det blir svårt med samarbetet med psykiatrin kring denna grupp.

Hemtjänstpersonalen upplever att man har svårt att få stöd och hjälp från psykiatrin när någon psykiskt störd som har hemtjänst mår dåligt. Hemtjänstpersonalen upplever "att man inte blir trodd" när man kontaktar psykiatrin och påtalar att någon mår dåligt. Deras oro möts ofta med en klapp på axeln och sedan blir det inget mer av det. Man anser att psykiatrins personal själva verkar vara alltför "hospitaliserade" och saknar förmåga att sätta sig in i de speciella problem som kan uppstå för psykiskt störda i eget boende.

Man anser också att det råder brist på vårdplatser främst för äldre psykiskt sjuka personer. Det finns en tendens hos psykiatrin att se äldre människor som en enhetlig grupp som kan vårdas på samma ställe oavsett symptom. Psykiatrin anser oftast i diskussioner med socialtjänsten att inga äldre människor med psykiska beteenderubbningar kan hänföras till psykiatrins ansvarsområde. Psykiatrin talar ofta om att de psykiska symptomen har sin bakgrund i naturliga åldersförändringar.

Man tror också från socialtjänsten att många av de som idag antas vara senildementa istället lider av depression eller andra sjukdomar. Det upplevs som svårt att få "rätt" hjälp för de psykiskt störda äldre som ej tidigare varit i kontakt med psykiatrin.

Från kommunerna i Dalarna upplever man också problem med:

- att kunna erbjuda lämpliga boendeformer för psykiskt störda personer som tidigare vistats på olika institutioner under lång tid
- att hitta lämplig sysselsättning avseende både dagliga aktiviteter och fritidssysselsättning
- att det inom kommunal verksamhet saknas erfarenhet av att arbeta med dessa grupper av människor
- att äldreomsorgens personal har otillräcklig utbildning för sina arbetsuppgifter hos psykiskt störda
- att individuell vårdplanering inte är lika utvecklad inom psykiatrin som inom den somatiska vården
- att kommunerna för närvarande saknar ekonomiska resurser för en utbyggnad av deras verksamhet till den här gruppen.

2. Situationen för psykiskt störda personer

Det som främst diskuteras i Dalarna när det gäller situationen för psykiskt störda gäller, förutom införandet av den s.k. Dalamodellen, gränsdragningsfrågor avseende olika boende och sysselsättningsformer för psykiskt sjuka personer.

I övrigt anger man att kommunerna mer och mer får ta över det som kommunerna anser är psykiatrins huvudansvar.

3. Samarbetet landsting – kommunerna i Dalarna

Flera kommuner i Dalarna uppger att samarbetet med psykiatrin fungerar bra eller börjar att fungera allt bättre. I flera mindre kommuner pågår samverkansdiskussioner mellan socialtjänsten och psykiatrin om vilka behov som skall styra utvecklingen av den psykiatriska öppenvården. Sålunda är man i Gagnef, Ludvika, Rättvik, Älvdalen, Hedemora och Leksand positiva till den utveckling som påbörjats när det gäller ökad samverkan mellan psykiatrin och socialtjänsten.

I Ludvika finns numera t.ex. ett väl utvecklat samarbete mellan socialtjänst-psykiatri på nämndnivå, förvaltningsnivå, betjäningsområdesnivå och handläggarnivå.

Även i Borlänge uppger man att det har påbörjats en gemensam diskussion om hur den psykiatriska verksamheten kan utformas och där samarbetsformer, ansvarsområden gemensamt belyses i ett kartläggningsarbete. Psykiatrin i Borlänge upplever man i dag har en mycket omfattande verksamhet med olika inriktningar som upplevs positivt. De boendeformer som finns för psykiskt störda bedrivs dock alla av psykiatrin. Diskussioner om samarbete och övertagande av kommunen av dessa boendeformer har dock påbörjats.

Falu kommun anger dock att samarbetet med psykiatrin fungerar dåligt främst i de delar som avser äldre psykiskt störda. Vansbro och Avesta kommuner uppger också att samarbetet är obefintligt när det gäller vuxna psykiskt störda men fungerar bra när det gäller barn och ungdomar.

Det avtal som finns mellan de flesta kommunerna i Dalarna och psykiatrin är avtal om samverkan inom social hemtjänst och hemsjukvård som då även inkluderar psykiatrisk hemsjukvård.

4. Bedömning av hur mycket resurser kommunerna satsar för psykiskt störda personer

För samtliga kommuner gäller att man har haft svårt att kunna ange resursinsatser inom individ- och familjeomsorgen för psykiskt störda.

Ludvika kommun har gjort en relativt noggrann genomgång av äldre- och handikappomsorgens personal och utbildningskostnader vad gäller insatser till psykiskt störda personer. Personalkostnaderna uppgår till 4 928 000 kr./år. Till detta kommer utbildningskostnader på 338 000 kr./år.

Falu kommun uppskattar antalet hemtjänststimmar för psykiskt störda till 1 118 tim./mån. motsvarande ca tio heltidstjänster. Till detta kommer dagcentralverksamhet med inriktning på olika former av aktivering motsvarande ca 38 tim./vecka.

Borlänge anger att hemtjänsten i dag har kontakt med 28 personer som är psykiskt sjuka. Insatserna motsvarar ca nio årsarbetare till en kostnad av ca 1,6 milj.kr.

Leksand uppskattar att äldre- och handikappomsorgen har kontakt med 83 personer med någon form av psykisk störning.

Vansbro kommun anger att 16 personer med psykisk störning servas av åtta vårdbiträden.

Avesta kommun anger att ca 7 % av det totala antalet hjälpta personer inom äldre- och handikappomsorgen är psykiskt störda.

Älvdalens kommun har 4 heltidstjänster som arbetar inom hemtjänsten med psykiskt störda motsvarande en kostnad på ca 1,2 milj.kr.

Övriga kommuner har haft svårt att uppskatta resursinsatserna över huvudet till gruppen psykiskt störda.

5. Exempel på nya och mer ändamålsenliga arbetsmodeller eller arbetsformer

Hedemora kommun och vuxenpsykiatriska mottagningen i Hedemora inledde under år 1990 ett samarbete, vilket resulterade i att en ny dagverksamhet för psykiskt handikappade startade. Kommun-landsting delar på kostnader och personal. Man hoppas att det här inledda samarbetet kan bli en länk mellan socialtjänst-psykiatri för att gemensamt kunna ge psykiskt störda ett bättre stöd, service och vård.

Från Falu kommun nämns en dagcentralverksamhet Träffen där samarbetet psykiatri-socialtjänst fungerar bra.

Avesta kommun nämner att ett samarbete har påbörjats i den s.k. POS-gruppen (psykiatri-omsorg-socialtjänst) där det diskuteras gemensamma lösningar för personer med olika handikapp.

Ludvika kommun nämner att man där har planer på att bilda speciella arbetslag bland vårdbiträdena, som enbart skall arbeta hos personer med olika former av psykisk störning.

6. Förslag till lösningar

Uppfattningarna är här delade. Några kommuner t.ex. Falun, Hedemora, Vansbro, Leksand, Ludvika och Smedjebackens kommuner anser att ett enhetligt huvudmannaskap skulle bidra till att lättare kunna lösa de problem som i dag finns. Grundsynen måste vara att psykiskt sjuka människor skall få leva ett så normalt liv som möjligt. Vi måste därför undvika att skapa en särskild organisation för denna gruppen människor.

Andra kommuner menar att ett enhetligt huvudmannaskap inte löser problemen. T.ex löser man inte möjligheterna att hitta lämplig sysselsättning/arbete för dessa grupper med en gemensam huvudman. Den största bristen i dag menar man är pengar till personal som kan arbeta direkt med denna grupp människor ute i samhället.

GÄVLEBORGS LÄN

Från Gävleborgs län har svar inkommit från fem av länets tio kommuner, nämligen Gävle, Hofors, Ljusdals, Nordanstigs och Bollnäs kommuner.

1. Problem beträffande insatser för psykiskt störda barn, ungdomar, vuxna och äldre

När det gäller barn och ungdomar som är psykiskt störda uppges samarbetet med BUP i länet i regel fungera bra. Det finns dock stora svårigheter att hitta de rätta placeringsformerna för dessa barn och ungdomar. Det finns alltför få "specialistinstitutioner" som ibland behövs. Resursknappheten både inom BUP och socialtjänsten gör att man i många fall inte når de önskvärda målen.

När det gäller insatser för vuxna psykiskt störda upplever man att vårdbiträdena som arbetar i hemtjänsten med psykiskt störda personer alltför ofta inte har någon stöttning från psykiatrin. Kontaktpersoner inom psykiatrin som kan ge dem handledning i deras arbete efterlyses liksom viss utbildning i psykiatriska frågor för den här gruppen.

Varken psykiatrin eller socialtjänsten har några speciella resurser för arbete/sysselsättning för psykiskt störda utöver dagcentralverksamhet vilket man upplever är en brist. Man efterlyser speciella arbetsplatser för psykiskt störda utan prestationskrav. Arbetsmarknaden för den här gruppen är mycket kärv och möjligheterna till lönebidragsanställningar är mycket liten. Samhalls verksamhet upplever man alltmer utestängd psykiskt störda därför att man även där ställer upp vinstgivande mål som kräver fullgod arbetskraft.

När det gäller äldre över 65 år anser man att dessa ofta får väldigt dåligt stöd från psykiatrin. Psykiatrin anser att äldre med psykiska störningar ej är behandlingsbara. Dessutom sker utskrivningar från psykiatrin i de flesta fall utan någon förvarning till socialtjänsten.

2. Situationen för psykiskt störda

Samtliga kommuner i Gävleborgs län har inrättat dagcentralverksamheter för psykiskt störda i samarbete med psykiatrin. Samarbetet kring dessa verksamheter fungerar i regel bra.

Generellt anges annars att ansvarsfrågorna mellan socialtjänsten och psykiatrin i vissa stycken är mycket oklar. Man poängterar att kommunernas yttersta ansvar får och skall inte utnyttjas till bristningsgränsen. Kommunerna kan inte klara allt.

Landstingets och kommunernas sektorsindelning samt socialtjänstens ökade specialisering inom individ- och familjeomsorgen och nu även inom äldreomsorgen gör att det ofta är svårt för olika instanser att hitta rätt samverkansnivå- och partner. Verksamheterna skall vara serviceinriktade, men hur ter det sig för brukarna? Särskilt psykiskt störda som med sina problem har svårt att ta för sig måste ha stora svårigheter att själv välja och komma fram till rätt handläggare.

3. Samarbete landstinget – kommunerna i Gävleborgs län

Kommunerna i Gävleborgs län uppger att man har ett ofta mycket fint och väl utvecklat samarbete med BUP. I regel har man en organiserad samverkan utöver samarbetet i enskilda ärenden.

Även när det gäller samarbetet med vuxenpsykiatrin så uppger man att detta fungerar tillfredsställande. Flera kommuner har också särskilda samverkansavtal med landstinget kring olika gemensamma verksamheter t.ex. dagcentralverksamheter och särskilda boendeenheter.

I Gävle kommun har en samarbetsgrupp startats mellan socialtjänst–psyk-rehab–arbetsförmedling kring arbete/sysselsättning för psykiskt störda.

I Ljusdals kommun finns ett fungerande samarbete i vårdplaneringsgrupperna mellan primärvård–hemtjänst–psykiatri där hemsjukvårdsinsatserna för psykiskt störda diskuteras.

4. Bedömning av hur mycket resurser kommunerna satsar för psykiskt störda personer

I Gävle kommuna arbetar ca 20 årsarbetare vårdbiträden mot gruppen psykiskt störda personer. Övriga insatser har man inte kunnat uppskatta.

I Nordanstigs kommun uppskattar individ- och familjeomsorgen att man arbetar med ett 20-tal psykiskt störda klienter som tar i anspråk ca 25 % av socialsekreterares arbetstid. Inom hemtjänsten åtgår uppskattningsvis ca 3 000 hemtjänsttimmar till den här gruppen. Dagcentralverksamheten kostar kommunen ca 300 000 kr./år.

5. Exempel på nya och mer ändamålsenliga arbetsmodeller eller arbetsformer

I Gävle kommun nämns särskilt speciella vårdbiträdesgrupper som utgår ifrån dagcentralerna för psykiskt störda. Dessa kan få en mer riktad handledning och kan stöttas bättre än vad som skedde tidigare.

Psykteam Nord har i Gävle regelbunda träffar med hemtjänsten och distriktsköterkorna för direkt kartläggning av vilka problem som är mest angelägna att ge hemtjänst och primärvård hjälp med. Psykteamet försöker sedan ge handledning och stöd till hemtjänst och primärvård. Detta samarbete upplevs mycket positivt.

I Ljusdals kommun nämns särskilt deras dagcentralverksamhet som en mycket ändamålsenlig verksamhet när det gäller att stöd, service och vård till psykiskt störda personer.

I Nordanstigs kommun nämns särskilt uppbyggnaden av korttidsvård för 15 personer i hemlik miljö med aktivering, rehabilitering och medicinering.

6. Förslag till lösningar

Bollnäs kommun anser att *en* huvudman – socialtjänsten – är det naturliga och enda riktiga för att kunna organisera och effektivisera insatserna för psykiskt störda personer.

Nordanstigs kommun anser att det räcker med att klart konstatera att dagcentraler och gruppboenden skall ligga inom kommunens ansvarsområde men med ordentligt tilltagna statsbidrag för att kommunerna skall ha råd att

utveckla verksamheterna och därmed ge psykiskt störda människor en mer meningsfull tillvaro.

Övriga kommuner har inte haft några förslag.

VÄSTERNORRLANDS LÄN

Samtliga sju kommuner i länet har besvarat enkäten. Dessa är Härnösand, Kramfors, Sollefteå, Sundsvall, Timrå, Ånge och Örnsköldsviks kommuner.

1. Problem som kommunerna möter när det gäller insatser för psykiskt störda personer

Ett genomgående bekymmer är att kommunerna upplever det påtagligt svårt att få handledning från psykiatrin när man inom socialtjänsten arbetar med svårt psykiskt störda personer. Detta gäller stöd från såväl dem som arbetar inom den psykiatriska dagvårdsverksamheten som utslussnings- och öppen-vårdsteamerna. Flexibiliteten hos psykiatrin kunde vara bättre liksom initiativ och viljemarkeringar.

Vidare upplever man psykiatrin fortfarande vara alltför institutionsfixerad om man ser till psykiatrins agerande utifrån de problem som socialtjänsten dagligdags ställs inför.

Dessutom upplevs det som att psykiatrin har drivit specialiseringen alltför långt och därigenom inte har så stort intresse för "vardagsärenden". Man använder sig ofta av ett onödigt tillkrånglat språk som bidrar till en viss polarisering psykiatri-socialtjänst.

Trots otaliga träffar med berörd personal upplever många kommuner det näst intill omöjligt att nå ökad närhet till psykiatrin och få ökat stöd och hjälp från psykiatrins personal. Orsakerna härtill är de som angetts ovan.

Vid behandling av vuxna psykiskt störda med barn i familjen glöms eller kommer barnen i andra hand. Barnen kan t.o.m. användas som ett medel att rehabilitera föräldrarna.

Ett stort problem som man också tar upp är den många gånger frikostiga förskrivningen av mediciner till människor med psykiska problem, även problem av mer tillfällig natur (t.ex. normal sorgereaktion). Det skapar tablettmissbruk. Ett problem är också att den som blivit läkemedelsberoende

kan få mediciner av olika läkare utan att detta uppmärksammas. Även kända alkoholmissbrukare får läkemedel i ganska stor omfattning.

Svårigheter att få hjälp från psykiatrin finns också när det gäller människor med både psykisk störning och missbruk. Dessa människor bollas gärna mellan socialtjänst och psykiatrin. De allra svåraste och mest utagerande tycks ingen institution kunna klara.

2. Situationen för psykiskt störda

Allmänt önskar man sig från kommunernas sida att psykiatrin ökade sitt engagemang för hjälpbehövande människor som hamnar i gränslandet mellan psykiatri och socialtjänst. Ingen ser i dag till helheten. Psykiatrin har en tendens till att avskärma sig från "mindre intressanta ärenden" och intar en mycket passiv hållning till patienter/människor i "gränslandet" psykiatri-socialtjänst.

3. Samarbete landstinget – kommunerna i Västernorrlands län

Samverkansavtal finns mellan kommuner och landsting men följs knappast. Avtalen har haft liten praktisk betydelse. I övrigt diskuteras frågor som rör samarbetet psykiatrin-socialtjänsten i de rådgivande nämnderna och i vårdplaneringsgrupperna.

4. Bedömning av hur mycket resurser kommunerna satsar för psykiskt störda personer

Osäkerheten i bedömningarna har varit alltför stor för att på ett meningsfullt sätt kunna ange ett resursmått.

5. Exempel på nya och mer ändamålsenliga arbetsmodeller eller arbetsformer

I några kommuner pekats på de dagcentraler som inrättats specifikt för människor med psykiska handikapp. Olika projekt för att skapa psykiskt störda arbete/sysselsättning pågår också. Samtidigt finns hos flera kommuner en betänklighet mot att skapa specifika projekt för psykiskt handikappade eftersom man ser det som en bättre väg att försöka integrera dem i socialtjänstens

övriga verksamheter och i övrig samhällsverksamhet. Detta upplever man dock kräver ett massivt utåtriktat stöd från psykiatrins olika personalgrupper för att sådana strävande skall kännas meningsfulla.

6. Förslag till lösningar

Ett enhetligt huvudmannaskap av den öppna psykiatriska verksamheten upplever man från kommunerna i Västernorrlands län onekligen skulle främja integrationssträvandena liksom utvecklingen av boendeformerna och fritidsverksamheten för psykiskt handikappade personer.

övriga verksamheter och i övrigt samhälleliga verksamheter. Detta gäller såväl den fysiska som den psykiska hälsan. Dock kräver ett massivt samhälleligt stöd och ett stort antal andra åtgärder för att sådana strävanden skall kunna genomföras.

6. Förtäring till förtäring

Ett enhetligt huvudmannaskap av den offentliga psykiatrisjukvården leverer man från kontinenterna i Västeuropa. Detta innebär att den offentliga psykiatrisjukvården i Sverige inte har någon egen utvecklingsstrategi utan är beroende av den offentliga hälso- och sjukvårdens utvecklingsstrategier.

Enligt den offentliga hälso- och sjukvårdens utvecklingsstrategier skall hälso- och sjukvården utvecklas till en mer patientcentrerad och mer integrerad verksamhet. Detta innebär att den offentliga psykiatrisjukvården också skall utvecklas till en mer patientcentrerad och mer integrerad verksamhet. Detta innebär att den offentliga psykiatrisjukvården också skall utvecklas till en mer patientcentrerad och mer integrerad verksamhet.

Enligt den offentliga hälso- och sjukvårdens utvecklingsstrategier skall hälso- och sjukvården utvecklas till en mer patientcentrerad och mer integrerad verksamhet. Detta innebär att den offentliga psykiatrisjukvården också skall utvecklas till en mer patientcentrerad och mer integrerad verksamhet. Detta innebär att den offentliga psykiatrisjukvården också skall utvecklas till en mer patientcentrerad och mer integrerad verksamhet.

Enligt den offentliga hälso- och sjukvårdens utvecklingsstrategier skall hälso- och sjukvården utvecklas till en mer patientcentrerad och mer integrerad verksamhet. Detta innebär att den offentliga psykiatrisjukvården också skall utvecklas till en mer patientcentrerad och mer integrerad verksamhet. Detta innebär att den offentliga psykiatrisjukvården också skall utvecklas till en mer patientcentrerad och mer integrerad verksamhet.

Enligt den offentliga hälso- och sjukvårdens utvecklingsstrategier skall hälso- och sjukvården utvecklas till en mer patientcentrerad och mer integrerad verksamhet. Detta innebär att den offentliga psykiatrisjukvården också skall utvecklas till en mer patientcentrerad och mer integrerad verksamhet. Detta innebär att den offentliga psykiatrisjukvården också skall utvecklas till en mer patientcentrerad och mer integrerad verksamhet.

Enligt den offentliga hälso- och sjukvårdens utvecklingsstrategier skall hälso- och sjukvården utvecklas till en mer patientcentrerad och mer integrerad verksamhet. Detta innebär att den offentliga psykiatrisjukvården också skall utvecklas till en mer patientcentrerad och mer integrerad verksamhet. Detta innebär att den offentliga psykiatrisjukvården också skall utvecklas till en mer patientcentrerad och mer integrerad verksamhet.

VÄSTERBOTTENS LÄN

Från Västerbottens län har skriftliga svar inkommit från tre av länets 15 kommuner, nämligen Vilhelmina, Umeå och Malå kommuner.

1. Problem som kommunerna möter när det gäller insatser för psykiskt störda barn och ungdomar

Gränsdragningen mellan barn och vuxen skapar problem, dvs ungdomar som fyllt 18 år, men som mognadsmässigt inte är vuxna, omfattas inte av BUPs ansvar. Det behövs en bättre samordning mellan BUP och vuxenpsykiatri.

I Västerbottens län är avstånden stora vilket skapar särskilda problem. T.ex har innevånarna i Vilhelmina 12 mil till öppenvårdsmottagningen i Lycksele och 23 mil till BUPs mottagning i Umeå. Familjer drar sig för att söka hjälp på grund av praktiska problem med resor, ledighet från arbete etc. Inläggning på barnpsyk innebär uppbrott från familj, skola, arbete m.m. Detta innebär således stora svårigheter att ha en öppenvårdskontakt med barn och ungdomar med psykisk störning, regelbundna familjesamtal eller psykoterapi. Dagsjukvård blir heller inte möjligt.

När det gäller arbetet med barn och ungdomar med psykiska problem så räcker inte socialtjänstens kompetens till. Det upplevs då svårt att få till stånd ett bra samarbete med BUP och att få förståelse för att socialtjänstens kompetens inte är tillräcklig.

Problem beträffande insatser för psykiskt störda vuxna i arbetsför ålder och äldre över 65 år

För vuxna i arbetsför ålder saknas målinriktade aktiviteter som ger denna grupp en meningsfull sysselsättning. Mer behöver göras inom detta område för att undvika att dagarna blir fyllda av TV-tittande, fika och sällskapsspel. Individuella handlingsplaner kan vara en modell för mer målinriktade aktiviteter. Många yngre psykiskt störda upplever ålderskillnaden som ett pro-

blem om de besöker äldreomsorgens dagcentraler.

De stora avstånden i Västerbotten innebär särskilda problem för de mindre kommunerna. Från t.ex. Vilhelmina kan dagsjukvård erbjudas i Lycksele, 12 mil från Vilhelmina, vilket innebär att man måste vistas i Lycksele då dagpendling är omöjlig.

Antalet äldre med psykiska problem ökar. Dessa får det allt svårare att bo kvar i ett eget boende. För denna ökande grupp behövs framförallt gruppboenden som i dag saknas helt i många kommuner.

Personal inom hemtjänsten har behov av återkommande utbildning och handledning.

2. Situationen för psykiskt störda

Det upplevs svårt med gränsdragningen mellan socialtjänsten – psykiatrin – omsorgen, vilket drabbar de psykiskt sjuka som behöver samlade insatser från de inblandade huvudmännen. Man upplever också att det finns ett stort utbildningsbehov för såväl vårdbiträden och hemtjänstassistenter som socialsekreterare för att från kommunernas sida rätt kunna hjälpa den här gruppen.

Umeå kommun har gjort en probleminventering när det gäller personer med en allvarlig psykisk problematik och missbruksproblem. I denna inventering konstaterar man bl.a. följande:

- Efter utslussning av psykiatriska patienter från psykiatris institutioner har en ökning av människor med svåra psykiska problem märkts vid kommunens inackorderingshem, jourhotell och dagcentraler. Kommunens möjligheter att ge dem en meningsfull sysselsättning är idag små och många av dem blir snabbt indragna i missbrukarkretsar och i många fall utnyttjade på olika sätt.
- Ett svårt problem är att definiera gruppen psykiskt störd. De flesta inom vården är överens om att gruppen ökar, men samtidigt är definitionen av vilka som tillhör gruppen psykiskt störda starkt skiftande.
- Vem har huvudansvaret, socialtjänsten eller psykiatrin och var i organisationen skall hjälpen ges?

- Kontakterna mellan vuxenpsykiatrin och socialtjänsten är dåligt utvecklade.
- I dag saknas i stort sett bra behandlings- och boendeformer.
- Brister i handledning liksom sekretessproblem är andra problem som främst berör hemtjänstpersonalens arbete med psykiskt störda.

3. Samarbete landstinget – kommunerna i Västerbottens län

Umeå kommun upplever nuvarande roller som oklara, vilket försvårar samarbetet. Något samverkansavtal mellan psykiatrin och kommunen finns inte. Psykiatrins kontaktpersoners roll upplevs som diffus. De är aldrig tillgängliga när t.ex. hemtjänsten behöver deras stöd.

Vilhelmina kommun uppger att det numera finns ett bra samarbete mellan socialtjänsten och den psykiatriska öppenvårdsmottagningen. En kurator från teamet har regelbunden handledning för socialsekreterarna och psykteamet deltar i vidareutbildningarna för hemtjänstens personal. Man har dessutom ett fungerande förebyggande och strukturellt samarbete mellan de olika sociala distrikten och psykiatrin. Samarbetet är dock svårare, främst på grund av avstånden med vuxenpsykiatriska kliniken i Umeå.

Malå kommun uppger att det numera förekommer ett visst samarbete mellan socialtjänsten och psykiatrin som upplevs som positivt.

4. Bedömning av hur mycket resurser kommunerna satsar för psykiskt störda personer

Vilhelmina kommun anger att individ- och familjeomsorgen satsar ungefär 1,5 årsarbetare för gruppen psykiskt störda. Inom äldre- och handikappomsorgen satsas 6,25 årsarbetare. Till detta kommer konsultations och utbildningsinsatser.

Malå kommun satsar 0,5 årsarbetare inom individ- och familjeomsorgen och 1,5 årsarbetare inom äldre- och handikappomsorgen.

Umeå kommun har svårt att uppskatta resursåtgången. Man hänvisar dock till en inventering som gjordes år 1989 vad gäller hemtjänstinsatser, då 58 personer som var psykiskt sjuka uppbar regelbunden hemtjänst varje vecka.

5. Exempel på nya mer ändamålsenliga arbetsmodeller eller arbetsformer

I Vilhelmina kommun pågår en utveckling av samarbetsformerna mellan socialtjänsten och psykiatrin när det gäller att använda kommunens hemterapeuter även för psykiskt störda, när det gäller dagcentral- och hemtjänstpersonalens arbetssätt gentemot psykiskt störda samt att också använda kommunens kontaktpersoner/stödfamiljer gentemot psykiskt störda.

Från Umeå nämns särskilt Klubben "Klubben" som är en träffpunkt för social samvaro med cafe, studiecirklar, kulturella aktiviteter, legoarbete och arbetsträning. (Se "På väg" sid. 205.)

Ålidshemsprojektet är ett annat samverkansprojekt med psykiatrin som man hoppas mycket av. Avsikten är att försöka ge de psykiskt långtidssjuka som bor i Ålidshem ca 140 personer en chans att träffas och bygga upp ett socialt kontaktnät. Verksamheten skall på sikt helt drivas av kommunen med konsultmedverkan och handledning från psykiatrin. (Se "På väg" sid. 208.)

6. Förslag till lösningar

Umeå kommun anser att ett enhetligt huvudmannaskap skulle underlätta när det gäller effektivare insatser för psykiskt störda. I dag upplever man att socialtjänsten får utgöra akutmottagning för psykiskt störda och psykiatrin är bara irriterade om de blir störda.

Övriga kommuner har inga förslag.

NORRBOTTENS LÄN

I norrbottens län har nio av 14 kommuner inkommit med skriftliga svar. Dessa är Piteå, Jokkmokk, Kalix, Kiruna, Övertorneå, Boden, Haparanda, Överkalix och Luleå kommuner. Länsförbundet bedömer dock de inkomna svaren som representativa för hela länet.

1. Problem som kommunerna möter när det gäller insatser för psykiskt störda barn och ungdomar

Här upplever kommunerna inte några större problem. De flesta ungdomar med psykiska störningar tas om hand av barn- och ungdomspsykiatri. Någon noterar bristen på lämpliga boendeformer och fritidssysselsättning.

De flesta kommunerna har ett mycket gott samarbete med BUPs öppenvård. Psykiskt störda barn och ungdomar kräver annan kompetens än den som normalt finns inom individ- och familjeomsorgen. Därför krävs det kompletterande insatser från psykiatri, vilket man i regel får.

Problem beträffande insatser för psykiskt störda vuxna i arbetsför ålder

Samtliga kommuner pekar på bristen på meningsfull sysselsättning eller arbete för psykiskt störda personer. Detta upplevs vara det stora problemet. Dessutom anges bristande samarbete med t.ex. AMI, arbetsförmedling och försäkringskassan samt bristande kompetens inom socialtjänsten vad gäller att skapa meningsfull sysselsättning/arbete.

Ensamheten bland psykiskt störda i eget boende upplevs också vara ett stort problem.

Flertalet kommuner har inrättat träffpunkter, dagcenter eller kombinationer av boende och dagverksamhet för denna grupp. Erfarenheterna av dessa verksamheter är enbart goda.

Flera kommuner pekar på nödvändigheten av att landstingets och kommu-

nernas organisation integreras så att kommunerna får det kompetenstillskott som behövs för att klara behoven för den här gruppen vårdtagare.

Problem beträffande insatser för psykiskt störda äldre

För denna grupp saknas ofta boendeformer eftersom de ofta inte "passar" in på servicehus eller ålderdomshem på grund av sitt avvikande beteende.

Det krävs också en annan kompetens på den hemtjänstpersonal som skall hjälpa dessa personer. För äldre psykiskt sjuka är också ensamheten och tryggheten ett stort problem.

Någon kommun upplever också att landstinget blivit restriktivare med att klassa äldre psykiskt störda som hemsjukvårdsärende.

2. Situationen för psykiskt störda

I Norrbottens län finns gemensamma mål för kommunernas och psykiatrins verksamhet för psykiskt störda.

De arbetsformer som ger resultat är också rätt väl kända och i vissa kommuner delvis genomförda, dvs. dagcentra, träffpunkter, dagverksamhet med meningsfull sysselsättning, kontinuitet när det gäller personal etc.

Dock saknas resurser för att få praktisk verklighet bakom målsättningarna.

Man konstaterar att psykiatrin lämnas utanför Ädel-uppgörelsen i Norrbottens län. Detta innebär att nuvarande ansvarsgränser kvarstår och därmed också risker för att tvister uppstår om vem som skall göra vad. Kommunerna upplever det svårt att få förståelse från landstinget för att hemmaboende psykiskt störda skall få hemsjukvård.

3. Samarbete landstinget – kommunerna i Norrbottens län

Hemsjukvårdsavtalet reglerar samarbetet mellan kommuner och landsting i Norrbotten. För utskrivning av långtidsvårdade finns ett speciellt avtal, ISAK, som reglerar detta. ISAK-avtalet har fungerat bra. Samarbetsforumet är vårdplaneringsgruppen där psykiatrin ingår.

Hemsjukvårdsavtalet däremot leder ofta till diskussioner och kommunerna tycker inte att landstinget lever upp till intentionerna i avtalet.

I de fall handledning till kommunernas hemtjänstpersonal från den öppna psykiatrin fungerar upplevs arbetet som meningsfullt och ger bra resultat.

Många kommuner anger bristen på handledning och kompetent personal som det stora problemet och upplever inte att de har fått förståelse för detta hos psykiatrin.

Samarbetet socialtjänsten – BUP fungerar bra.

4. Bedömning av hur mycket resurser kommunerna satsar för psykiskt störda personer

Piteå anger att man inom äldre- och handikappomsorgen satsar 394 hemtjänsttimmar/vecka till 47 psykiskt störda personer samt 80 veckotimmar i en träffpunkt som besöks av 40 psykiskt störda personer.

Jokkmokk anger att individ- och familjeomsorgen ger insatser motsvarande en kostnad på 200 000 kr och äldre- och handikappomsorgen motsvarande 1 050 000 kr.

Kiruna anger att äldre- och handikappomsorgen ger psykiskt störda 436,5 veckotimmar hemtjänst för 59 personer.

Övertorneå anger att c:a 25 % av individ- och familjeomsorgens insatser går till gruppen psykiskt störda och ca 10 % av äldreomsorgens insatser i tid och pengar.

Boden anger att med en vid definition av gruppen psykiskt störda beräknas insatserna till c:a hälften av de totala insatserna från individ- och familjeomsorgen och äldreomsorgen.

Haparanda anger 250 veckotimmar inom hemtjänst samt två årsarbetare i dagverksamhet.

Överkalix anger två årsarbetare i dagverksamhet. I övrigt har man svårt att uppskatta insatserna.

Luleå anger tre årsarbetare i dagverksamhet. I övrigt inga uppgifter.

Fortbildningsinsatserna anges överlag som små och otillräckliga.

5. Exempel på nya mer ändamålsinriktade arbetsmodeller eller arbetsformer

De dagverksamheter och de träffpunkter som finns i några kommuner i kombination med särskilt boende för psykiskt störda fungerar mycket bra.

I de kommuner där hemtjänstens vårdbiträden får handledning från psykiatrin så är denna mycket uppskattad och fungerar mycket bra.

6. Förslag till lösningar

Ett enhetligt huvudmannaskap för öppenvårdsverksamheten uppger man skulle underlätta resursfördelning och prioritering, men inte lösa det stora problemet som är resursbrist. Flertalet kommuner säger dock att ett enhetligt huvudmannaskap är att föredra.

Följande förutsättningar bör finnas för att kunna få en bra verksamhet för psykiskt störda:

- dagverksamheter
- boende med särskilt stöd
- särskild personalgrupp inom hemtjänsten med utbildning för den speciella gruppen vårdtagare
- resurser för handledning, utbildning och fortbildning
- meningsfull sysselsättning för de som inte får "vanligt" arbete.

Bilaga 1

Psykiatriutredningen

1990-06-11

Gert Knutsson

Till

Länsförbundssekreterare

enligt utsändningslista

Förfrågan angående socialtjänstens insatser för psykiskt störda personer

När psykiatriutredningen träffade länsförbundssekreterarna den 8 maj 1990 på kommunförbundet kom man överens om att en skriftlig förfrågan skulle gå ut till länsförbunden angående socialtjänstens insatser för psykiskt störda i respektive län.

Preliminärt har kommittén beslutat att en samlad problemorienterad kartlägningsrapport skall presenteras under 1991. Tanken är att utredningen i denna rapport skall kunna ge en, åtminstone skissartad, helhetsbild över den service, vård och det stöd som kommer psykiskt störda till del från olika områden i samhället. Socialtjänstens insatser till psykiskt störda är ett viktigt sådant område. Avsikten är nu att på bl.a. det här sättet från er få in underlagsmaterial till kommitténs kartlägningsbetänkande.

De frågor som vi skulle vilja ha svar på från er är följande.

1. Vilka problem när det gäller insatser för psykiskt störda personer möter kommunerna i sina verksamheter beträffande mål, arbetsformer, resurser och organisation? Specificera svaren utifrån grupperna

- barn och ungdomar
- vuxna i arbetsför ålder
- äldre över 65 år

2. Hur vill ni beskriva den aktuella diskussionen i ditt län vad gäller situationen för psykiskt störda personer? (t.ex. när det gäller avgränsningen socialtjänst – psykiatri, när det gäller boende, fritid, arbete/sysselsättning,

utbildningsfrågor, samarbete BUP – socialtjänst m.m.)

3. Hur ser samarbetet mellan landstinget och kommunerna ut i ditt län när det gäller insatser för psykiskt störda personer? (Vad fungerar och vad fungerar inte? Beskriv de samverkansorgan som finns. Finns avtal mellan landstinget och kommunerna i länet? Fungerar detta? Bifoga de samverkansavtal som finns liksom eventuella uppföljningar och utvärderingar av avtalen. Om inget avtal finns vad är skälet till detta?)

4. Vi vill att ni gör en ungefärlig bedömning av hur mycket resurser som kommunerna i ditt län idag satsar på insatser för psykiskt störda personer inom

- individ- och familjeomsorg
- äldre- och handikappomsorg

Försök att göra en ungefärlig uppskattning (gärna procentuell) i varje kommun i tidsåtgång och pengar (personal, fortbildning, verksamhet).

5. Finns i ditt län exempel på nya och mer ändamålsenliga arbetsmodeller och arbetsformer när det gäller stöd, service och vård till psykiskt störda personer?

6. Har du några förslag till lösningar av de problem som finns i ditt län? Skulle en organisatorisk samordning, t.ex. ett enhetligt huvudmannaskap, bidra till att lösa de problem ni upplever idag i ert län?

Vi är väl medvetna om att vissa frågor kan vara svåra att svara på. Vi är i första hand intresserade av att från er utgångspunkt få beskrivet de problem som ni ser när det gäller att få till stånd en bra service, vård och stöd till psykiskt störda. När det gäller att uppskatta resursåtgång så är det inte en vetenskaplig exakthet som vi eftersträvar utan en ungefärlig procentuell uppskattning från de olika verksamheterna. Frågorna är utarbetade i samråd med kommunförbundet centralt.

Vi vill ha svar på dessa frågor senast den 1 januari 1991. Svaren skall sändas till Psykiatriutredningen, Socialdepartementet, 103 33 Stockholm. Eventuella frågor besvaras av Gert Knutsson, tel. 08/763 33 27.

Hjärtliga hälsningar

Gert Knutsson
Sekreterare

1991-11-28

Samverkansavtal om insatser för människor med psykiska störningar mellan Uppsala läns landsting och - - - kommun

Mellan landstinget i Uppsala län och - - - kommun har följande överenskommelse träffats om insatser för människor med långvariga psykiska störningar/psykisk sjukdom som bor i egen bostad eller kan skrivas ut till egen bostad.

§ 1 Omfattning

Avtalet omfattar människor med långvariga psykiska störningar/psykisk sjukdom där symtomen leder till nedsättningar i de psykiska och sociala funktionerna.

§ 2 Mål

Följande mål är gemensamma för landstinget och kommunen:

- * alla skall ges möjlighet att utveckla den egna förmågan och få sina behov respekterade och tillgodosedda
- * alla skall få tillgång till egen bostad med god standard och tillgänglighet, i en miljö som möjliggör ett aktivt deltagande i samhällslivet
- * människor skall ges ökade möjligheter att bo kvar eller återvända till den egna bostaden vid uppkomna eller förändrade vårdbehov
- * alla skall erbjudas arbete eller meningsfull sysselsättning
- * alla skall ges möjlighet och stimulans till en aktiv fritid.

§ 3 Medel

För att uppnå målen krävs bl.a. följande insatser från kommun och landsting

- * en effektiv samverkan och sambruk av huvudmännens gemensamma resurser
- * att en "kontaktperson"/personal inom landsting eller kommun utses till de personer som har behov av service, stöd och vård
- * att en individuell plan upprättas tillsammans med den enskilde som utgångspunkt för fortsatt kontakt. Planen skall vara ett stöd för den enskilde och innehålla en behovs- och resursanalys, individuell målsättning, planering, uppföljning och utvärdering. Landstinget och kommunen har ett gemensamt ansvar för att den individuella planeringen tillkommer
- * hemtjänst dygnet runt
- * psykiatrisk öppenvård i varje kommun
- * psykiatrisk verksamhet dygnet runt i länet
- * ett varierat utbud av vård- och boendeformer
- * verksamheter för arbete och sysselsättning
- * aktiviteter för fritid och befrämjande av sociala kontakter
- * att stödja insatser från frivilliga organisationer för människor med psykiska störningar.

§ 4 Ansvars- och arbetsfördelning

Landstinget och kommunen skall svara för insatser var och en inom sitt kompetensområde i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen respektive socialtjänstlagen. Landstinget svarar för sjukvårdsinsatser vid institutioner samt för öppna psykiatriska insatser (öppenvårdslag och Rehab-team). Kommunen svarar för bostäder, individ- och familjeinsatser/hemtjänst/hem-sjukvård, sysselsättning och fritid.

§ 5 Former för samverkan

Samverkan mellan huvudmännen skall ske såväl i det löpande arbetet som i övergripande planering och utveckling av service, stöd och vård för människor med psykiska störningar. Huvudmännen har ett gemensamt ansvar för att följande insatser tillkommer.

Varje person som har behov av insatser har rätt till en "kontaktperson" inom någon av aktuella myndigheter/verksamheter. Kontaktpersonen skall vara ett stöd för den enskilde och vid behov samordna dennes kontakter med myndigheter och verksamheter.

En individuell plan skall upprättas tillsammans med den enskilde som utgångspunkt för fortsatt kontakt. Kontaktpersonen ansvarar för att planen upprättas.

De individuella planerna sammanställs med avseende på behov, insatser och utvärdering per kommun/kommundel. Denna uppföljning skall ligga till grund för planering på såväl lokal nivå som länsnivå.

I vardera psykiatrisk sektor tillsätts planeringsgrupp/-er tillsammans med respektive kommun/kommundelar. Sammankallande är sektorscheferna inom psykiatridivisionen. En lokalt utformad verksamhetsplan upprättas årsvis inom varje sektor. Av planen skall framgå behov av boende, sysselsättning, fritidsaktiviteter samt behov av vård och rehabilitering. Befintliga och planerade resurser inom psykiatrin samt inom respektive kommun/-del skall anges.

Samverkansgruppen Läns-Lako skall aktivt följa utvecklingen, vara pådrivande och följa upp effekter och konsekvenser av avtalet.

§ 6 Särskilda boendeformer

Människor med psykiska störningar skall i första hand erbjudas vård och stöd i den egna bostaden.

När detta ej är möjligt måste andra former av boende finnas att tillgå i kommunen t.ex. gruppboende, kollektiv, familjevårdshem och liknande.

Etablering och utformning av särskilda boendeformer skall ske i samråd mellan kommun och landsting/psykiatri. För nya gemensamt planerade boendeenheter delas nettokostnaderna lika mellan kommun och landsting. Kommunen skall vara huvudman.

§ 7 Sysselsättning

Olika former av meningsfull sysselsättning skall erbjudas inom kommunen t.ex. dagcentraler, verkstäder, serviceverksamhet, arbetskooperativ och

andra former av arbetsträning. Vid behov av utökade sysselsättningsmöjligheter skall huvudmännen gemensamt agera för att etablera nya enheter. För nya, gemensamt planerade enheter skall kostnaderna delas lika mellan kommun och landsting. Huvudmannaskapet för respektive verksamhet åvilar kommunen.

§ 8 Arbete

Huvudmännen skall gemensamt och i samråd med länsarbetsnämnd, AMI m.fl. medverka till att människor som avses i 1 § får ett meningsfullt arbete.

§ 9 Fritidsverksamhet

Fritidsverksamhet och "träffpunkter" av olika slag bör etableras i kommunen i samarbete med frivilliga organisationer, t.ex. studieförbund, klientorganisationer.

§ 10 Personalutbildning och handledning

Huvudmännen skall samarbeta kring utbildning, handledning, konsultation och fortbildning.

Den personal hos landsting och kommun som samarbetar i hemmen, i sysselsättningsverksamhet och i fritidsaktiviteter skall erhålla gemensam information om detta avtal samt kontinuerlig fortbildning och handledning. Syftet skall vara att skapa ett gemensamt synsätt, gemensamma målsättningar och arbetsformer inom de verksamheter som når människor med psykiska störningar. På det lokala planet skall överenskommelser träffas om utbildningens uppläggning och genomförande. Vid verksamhetsförändringar som medför nya arbetsuppgifter och ändrat arbetssätt skall kompletterande utbildning av berörd personal ske. Vardera huvudman står för utbildningskostnaderna för den egna personalen.

§ 11 Utvärdering

Effekter och konsekvenser av samverkan enligt avtalet skall, förutom de årliga lokala uppföljningar enligt § 5, utvärderas under våren 1994.

§ 12 Avtalstid

Avtalet gäller från 1992-01-01 eller från den tidpunkt då samtliga parter fattat beslut om avtalet och fram t.o.m. 1994-12-31 och förlängs därefter

ett år i sänder på lika villkor uppsägning inte sker senast sex (6) månader innan nästa avtalsperiod. Om förutsättningarna enligt avtalet ändras under avtalstiden på grund av ny lagstiftning eller myndighetsbeslut skall parterna omgående uppta förhandlingar om avtalets innehåll och giltighet.

§ 13 Tolkning

Tolkning av detta avtal hänskjuts till den länsövergripande samverkansgruppen (Läns-Lako).

§ 14 Ikraftträdande

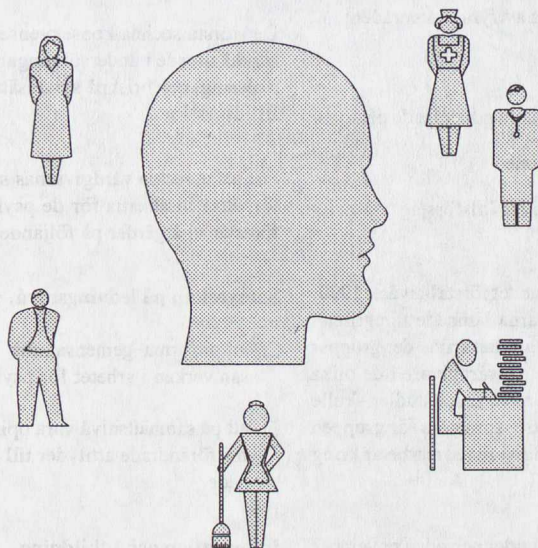
Detta avtal gäller under förutsättning av att det godkänns dels av landstinget, dels av kommunfullmäktige i - - - kommun samt att motsvarande avtal godkänns av kommunfullmäktige i länets samtliga övriga kommuner.

För landstinget i Uppsala län

För - - - kommun

BASPROJEKTET

Socialtjänst/psykiatri/primärvård i samverkan



En studie om psykosocialt handikappade i Norrköping

Slutrapport augusti 1991

Birgitta Öhman

Sven Löbu



NORRKÖPINGS KOMMUN
Socialförvaltningen



Hälso- och sjukvården
Östra Östergötland

i samarbete med RSMH, Norrköping

Sammanfattning

Psykiatrins omstrukturering, med öppnare vårdformer innebär att fler vårdgivare har ansvar för vård, behandling och social omsorg av psykosocialt handikappade. Med syfte att utveckla samarbetet mellan psykiatri, primärvård och socialtjänst för att bättre kunna tillgodose de psykosocialt handikappade personernas behov av vård/hjälp, har Basprojektet pågått i Norrköpings kommun under två år.

Arbetet i projektet har bestått av fyra delområden:

- Kartläggning
- Intervjuer med psykosocialt handikappade personer
- Seminarier/gruppdiskussioner
- Sammanställa resultat och åtgärdsförslag

Kartläggningen genomfördes under första halvåret 1990. Personal från de tre vårdgivarna lämnade uppgifter i 1 238 enkäter. Syftet var, att beskriva de grupper psykosocialt handikappade varje vårdgivare i de olika kommundelarna hade kontakt med. Enkätstudien skulle också ge en bild av vilka insatser som görs för gruppen och i vilken utsträckning vårdgivarna samarbetar kring dessa personer.

Intervjustudien genomfördes under perioden november -90 till mars -91. Intervjugruppen bestod av 62 personer, utvalda från enkätpopulationen. Syftet med intervjustudien var, att få kunskap om de psykosocialt handikappades livssituation samt att få deras synpunkter på vården och vårdgivarna.

Resultaten av enkät- och intervjustudien har legat till grund för diskussioner mellan vårdgivarna kring samarbete, ansvarsfördelning och de handikappades behov av insatser.

Enkätstudien visade, att hemtjänst och primärvård möter äldre personer, medan psykiatri och socialtjänstens individ- och familjeomsorg (IoF) i huvudsak möter yngre. Majoriteten (i båda studierna) var ensamstående, ensamboende och hade svenskt ursprung.

Intervjugruppens personer hade haft kontakt med en eller oftast flera vårdgivare. I gruppen fanns det personer, som vistats långa perioder på psykiatriska institutioner, och de som aldrig haft kontakt med psykiatrin.

De allra flesta var nöjda med den kontakt och den hjälp

de fått från respektive vårdgivare, men vi fick även förslag till förbättringar för varje verksamhet.

Den samverkan, som redovisades i undersökningarna, skedde kring enskilda personer. I intervjugruppen var det anmärkningsvärt många, som inte kände till huruvida de verksamheter man hade kontakt med, samarbetade. Vid vårdgivarnas diskussioner om samverkan, framkom (som ett hinder) bristande kunskaper om varandras arbetsområden och kompetens. Vi har saknat debatten om hur ett samarbete kan förändra allmänhetens attityder till psykosocialt handikappade.

De största sociala konsekvenserna för de psykosocialt handikappade i undersökningarna var ensamhet (social isolering) och brist på sysselsättning - såväl arbete som fritidssysslor.

För att utveckla vårdgivarnas samverkan med syfte att förbättra insatserna för de psykosocialt handikappade föreslår vi åtgärder på följande områden:

Samverkan på ledningsnivå, med syfte:

- att utforma gemensamma mål och riktlinjer för samverkan i arbetet för psykosocialt handikappade
- att på samhällsnivå vara opinionsbildare och arbeta för förändrade attityder till psykosocialt handikappade.

Information och utbildning.

För ett utvecklat samarbete är det viktigt att vårdgivarna får kunskaper om varandras verksamheter.

Prioritering och insatsplanering.

För effektivare resursanvändning bör vårdgivarna ha gemensam prioritering och planering av insatser för den grupp psykosocialt handikappade, som man har störst svårigheter att ge adekvat hjälp.

Specialiserad hemtjänst.

En specialiserad hemtjänstgrupp höjer kompetensen hos vårdbiträdena och leder till bättre kontinuitet och högre kvalitet på insatserna för de psykosocialt handikappade.

Social gemenskap och sysselsättning.

För utveckling och samordning av arbetsrehabilitering, bör samhällets samtliga resurser (ami, arbetsförmedling, försäkringskassa etc.) samordnas.

Club Spångens utbyggnad bör genomföras enligt planering och kompletteras med lokala mötesplatser.

Politiker och vårdgivare bör stödja och skapa förutsättningar för de psykosocialt handikappade att starta arbetskooperativ.

Utveckla samarbetet mellan vårdgivare och föreningsliv.

Anhörigstöd

Anhöriga utgör många gånger det enda sociala kontaktnätet för människor med psykosocialt handikapp. Vårdgivarna bör uppmärksamma de anhöriga och utveckla former för stöd åt dessa.

1 Studiens bakgrund

1.1 Introduktion

Sedan 1970-talet har den psykiatriska vården genomgått stora förändringar. Man strävar efter ett sammanhållet vårdansvar för människor med psykiska problem. Mentalsjukhusen har successivt avvecklats och man satsar på öppnare och mer humana vårdformer även för de svårast psykiskt sjuka. Som exempel kan nämnas, att länets stora mentalsjukhus, Birgittas sjukhus i Vadstena, 1967 hade 1.127 platser, tjugo år senare endast 450 platser.

Ett principavtal om psykiatrins omstrukturering (880101-921231) träffades 1987, mellan Östergötlands läns landsting och Svenska kommunförbundet, Östergötlands länsavdelning. Avtalet syftar till

- att genom förebyggande åtgärder och vårdinsatser i öppenvård minska behovet av sluten vård,
- att öka människors möjlighet till eget boende och att vårdas i sin hemmiljö,
- att utan åsidosättande av en god vård- och omvårdnadsstandard för den enskilde, åstadkomma ett mer effektivt nyttjande av tillgängliga resurser.

I Norrköpings kommun formaliserades samarbetet mellan landstinget och kommunen genom att ett lokalt avtal träffades om samarbete mellan den psykiatriska vården, primärvården och socialtjänsten. I detta avtal reglerades de verksamhetsmässiga och ekonomiska konsekvenserna av psykiatrins omstrukturering.

Psykiatrins omstrukturering innebär att fler vårdgivare har ansvar för vård, behandling och social omsorg av människor med psykiska problem. Detta ställer krav på ansvarsavgränsning, arbetsfördelning och samverkansformer mellan primärvård, psykiatri och socialtjänst.

Enligt avtalet skall psykiatrin, primärvården och socialtjänsten gemensamt verka för samarbete och för planering av utvecklingsprojekt. Ett två-årigt utvecklingsprojekt planerades och två projektarbetare anställdes av landstinget, Sven Löbu (psykiatrin) och av kommunen, Birgitta Öhman (socialtjänsten). Detta projekt, "Basprojektet", skulle genomföras från september 1989 till augusti 1991.

1.2 Kommunen och landstinget

Norrköpings kommun har ca 120.000 invånare. Kommunen är indelad i 12 kommundelar, varav de fyra förstnämnda kan beskrivas som ytterområden, de övriga är belägna i centralorten:

- | | |
|--------------------|--------------------|
| • Vikbolandet | • Skärblackska |
| • Kvillinge | • Kolmården |
| • Eneby | • Matteus |
| • Borg | • Ektorp-Vilbergen |
| • Klingsborg-Ljura | • Öster-Lindö |
| • Navestad | • Hageby-Smedby |

I varje kommundel finns ett socialtjänstkontor. Socialtjänsten i Norrköpings kommun har 1988 antagit följande övergripande mål för utvecklingen av handikappomsorgen:

- att kommunen skall skapa förutsättningar för att handikappade människor så långt som möjligt kan leva ett meningsfullt och innehållsrikt liv i en god miljö. För detta syfte skall kommunen stödja frigörelse av den enskildes egna resurser, arbeta med kunskapsutveckling och opinionsbildning samt möjliggöra sociala kontakter och delaktighet i samhällslivet.

Den psykiatriska öppenvården för vuxna, är organiserad i fyra öppenvårdsmottagningar, som arbetar gentemot flera olika kommundelar. Mottagningarnas upptagningsområden följer kommundelarnas geografiska gränser. Psykiatrin har till uppgift, att ge invånarna god psykiatrisk specialistvård. Det innebär:

- att ett vård- och behandlingsansvar inträder då individen inte kan hantera sina problem/symtom med hjälp av egna resurser eller med stöd av omgivningen, primärvård och/eller socialtjänst. Behandlingsansvaret kvarstår tills personen åter kan fungera självständigt eller med hjälp av ovanstående stödinsatser.

Primärvården omfattas av åtta primärvårdsområden, varav fyra ansvarar för varsin ytterkommundel. De övriga fyra svarar för vården i vardera två av centralortens kommundelar. Primärvården utgör basen i hälso- och sjukvårdsverksamheten, även för psykiatri, inom regionen. Primärvårdens mål är:

- att ge kvalitativt god närsjukvård, både akut och planerad, samt att arbeta förebyggande.

1.3 Projektgrupp

Följande personer har ingått i projektledningen:

Peter Wahlberg ,	socialtjänsten
Björn Eklund,	socialtjänsten
Birgitta Hasselrot,	primärvården
Gunilla Nyrén,	psykiatri
Inger Andersson,	RSMH (Riksförbundet för social och mental hälsa)
Monika Lövgren,	FoU-ansvarig inom primärvården, vår vetenskapliga handledare.

Under projektets gång, har vi fortlöpande träffat projektledningen för information och diskussion om vårt arbete.

En särskild referensgrupp från psykiatri, med representanter från de olika psykiatrimottagningarna har varit samtalspartner under projektet.

2 Studiens framväxt

För att genomföra utvecklingsprojektet kring samverkan mellan de tre vårdgivarna psykiatri, primärvård och socialtjänst, har vi, Birgitta Öhman och Sven Löbu engagerats på heltid. Vi har genomfört datainsamlingen, utarbetat de formulär som använts i enkät- och intervjuundersökningen. Vi har analyserat det insamlade materialet och skrivit 12 kommunalsrapporter, delrapport och slutrapport.

2.1 Syfte

Projektets övergripande målsättning har varit att utveckla och förbättra samarbetet mellan tre vårdgivare, för att kunna ge adekvat vård/hjälp utifrån de psykosocialt handikappades behov.

Studiens målsättning har omfattat fyra delområden

- att med uppgifter från socialtjänst, primärvård och psykiatri kartlägga människor med psykosocialt handikapp, bosatta i Norrköpings kommun,
- att genom ett antal intervjuer inhämta kunskaper om de psykosocialt handikappades (brukarnas) livssi-

tuation, deras egna erfarenheter samt deras behov och önskemål om insatser från vårdgivarna,

- att ordna seminarier/gruppdiskussioner med representanter från de olika verksamhetsområdena kring arbets- och ansvarsfördelning, grundläggande synsätt, samarbetsformer samt, utifrån kartläggningen och intervjuerna, brukarnas behov av insatser,
- att sammanställa resultat, ge förslag till samarbetsformer och utveckling av verksamheterna.

2.2 Undersökningsområden

Kommundelarna Kolmården och Eneby, har varit projektets pilotområden. Tillsammans med representanter från de tre verksamheterna psykiatri, primärvård och socialtjänst i dessa områden, utformade vi under hösten 1989 enkätformulär, definition och avgränsningar för kartläggning i hela kommunen.

Från personalgrupperna i dessa två pilotområden fick vi också värdefulla uppgifter till de verksamhets-specifika frågorna i vårt intervjuformulär.

Sekretess

Förutom definition och avgränsningar, diskuterade vi i pilotområdena sekretessen. Landstingets jurist Gunnar Östling deltog i ett projektledningsmöte och granskade därefter enkätens utformning. Då ingen enskild person kunde identifieras vare sig utifrån enkäten eller den sammanställning vi skulle göra, ansågs sekretesskraven uppfylla.

2.3 Tidplan

I nedanstående tidplan framgår, hur vi vid projektets start planerade att genomföra arbetet. Vi har tidsmässigt kunnat följa planeringen mycket bra.

Period	Arbetsuppgifter
jan-mars-90	Pilotstudie, kartläggning i Eneby & Kolmården. Utvärdering, ev justering av enkät, följbrev & genomförandet av kartläggningen. Arbete med intervjufrågor
mars-maj-90	Kartläggning i hela kommunen. Kart-

läggningen startar med informations-träffar kommundelsvis med vårdgivarnas representanter, där enkäten och följebrevet delas ut. Arbete med intervjufrågor.

- juni-aug-90 Färdigställa intervjuformuläret. Bearbeta enkätsvaren & sammanställa dem skriftligt kommundelsvis. Göra urval för intervjuer.
- sept-okt-90 Kommundelsvisa träffar med vårdgivarnas representanter, för presentation av kartläggningen (enkätsvaren), urval för intervjuerna, samt diskussioner kring samverkan, ansvarsfördelning etc. Uppgiftslämnarna kontaktar intervjupersonerna.
- okt-dec-90 Intervjuer. Sammanställer enkätsvaren för hela kommunen (delrapport).
- dec-90-jan-91 Bearbetar intervju svaren.
- feb-mars-91 Nya träffar med vårdgivarna kommundelsvis: Presentation av intervjudelen. Diskussioner kring samverkan, ansvarsfördelning etc. utifrån brukarnas perspektiv.
- apr-juli-91 Arbete med slutrapporten.
- aug-91 Presentation av slutrapporten.

3 Undersökningens arbetsuppläggning

I denna rapport redovisar vi resultaten av en enkätstudie och en intervjustudie om psykosocialt handikappade i Norrköpings kommun.

3.1 Enkätstudien

Enkätundersökningen av psykosocialt handikappade genomfördes kommundelsvis med uppgifter från de tre vårdgivarna. För varje kommundel finns ett PM, där enkätundersökningen redovisas detaljerat. Dessutom

finns, i vår "Delrapport, november 1990", en sammanställning för hela kommunen.

Enkätformuläret, definition och avgränsningar för studien arbetades fram tillsammans med personalrepresentanter i kommundelarna Kolmården och Eneby.

Mål

Enkätformuläret utformades med syftet, att kunna beskriva de grupper psykosocialt handikappade varje verksamhet (främst på kommundelsnivå) har kontakt med, de problem personalen ser, vilka insatser man gör och i vilken mån samverkan sker. För fortsatta diskussioner mellan vårdgivarna kring synsätt, ansvarsfördelning och samverkansformer är enkätstudiens resultat viktig information.

Definition

Psykosocialt handikapp har definierats som: Långvariga psykiska störningar/psykisk sjukdom där symtomen leder till nedsättningar i de psykiska och sociala funktionerna.

De personer kartläggningen gäller har ofta ett flertal av nedanstående funktionsnedsättningar.

- Svårigheter att klara det dagliga livet
- Svårigheter att klara boendet
- Klarar inte arbete på öppna marknaden
- Svårigheter med interpersonella relationer som kan leda till social isolering eller till ständiga konflikter med personer i omgivningen
- Extremt beroende av andra för att klara sig

Avgränsningar i enkätstudien

- Kartläggningen gällde personer med manifest psykosocialt handikapp (ej tillfälliga kriser).
- Åldersgrupper från 18 år och äldre. Ålderspsykiatriska och dementa personer ingick.
- Personer boende på institution eller inackorderingshem ingick ej (kontraktsformen avgjorde).
- Missbrukare ingick endast då det fanns ett uttalat gravt psykosocialt handikapp.
- Personen med psykosocialt handikapp skulle ha varit i kontakt med verksamheten någon gång under de senaste 12 månaderna, och anses aktuell vid kartläggningen.

Enkätundersökningen genomfördes utifrån uppgiftslämnarnas "kom-ihåg", med hjälp av tidböcker och kollegor. Att systematiskt gå igenom alla journaler visade sig vara ett alltför tidskrävande arbete, med tanke på mängden journaler.

Eftersom enkätundersökningen skulle ligga till grund för intervjuer senare i projektet informerade vi om, att vi behövde uppgiftslämnarnas hjälp att kontakta intervjupersonerna. Inför denna uppgift fanns en osäkerhet och rädsla att delta i enkätundersökningen. Vi försäkrade därför att en uppgiftslämnare kunde svara nej för en persons räkning, om han/hon ansåg en intervju ogenomförbar eller olämplig.

3.2 Intervjustudien

Intervjustudien har genomförts utifrån ett urval av enkätstudiens resultat. Frågeformulärets omfattning, 160 frågor, innebär ett resultat med en mängd siffror. Svaren, fråga för fråga, redovisas i en särskild sammanställning (Bilaga till slutrapporten), som kan beställas från socialförvaltningen i Norrköping. I denna slutrapport redovisar och belyser vi ett mindre antal frågeställningar.

Mål

Syftet med projektets intervjudel var, att inhämta kunskaper om de psykosocialt handikappade, deras erfarenheter samt deras behov och önskemål om insatser från vårdgivarna. Resultatet av intervjuundersökningen, tillsammans med enkätstudiens resultat, skulle ligga till grund för diskussioner mellan vårdgivarna om synsätt, ansvarsfördelning och samverkansformer.

3.2.1 Intervjuformuläret

En studie, liknande Basprojektet, har gjorts i Mjölby. Vi har träffat representanter från "Mjölbyprojektet" och tagit del av deras intervjuformulär. Därifrån fick vi idéer till våra frågor. Mycket av innehållet i de verksamhetsrelaterade frågorna, fick vi från socialtjänsten och primärvården i Kolmården och Eneby. Då det gäller psykiatri, stod referensgruppen för den uppgiften. En grupp medlemmar i RSMH gick igenom frågorna och vi provintervjuade en av medlemmarna.

Frågeformuläret omfattar 160 frågor, varav 122 frågor med bundna svarsalternativ, 38 frågor med öppna svar och kommentarer.

På grund av begränsningar i vårt dataprogram, har vi använt två register med 20 gemensamma "basfrågor".

Formuläret är uppdelat i 11 huvudrubriker, där de sju första avsnitten ingår i vårt första register. Frågorna rör intervjupersonen och hans/hennes sociala situation.

De fyra sista avsnitten ingår i vårt andra register och rör frågor kring personens kontakter med de olika verksamheterna samt kring samverkan mellan dessa.

- Basdata, till och med fråga 7.
- Boende, frågorna 8 - 13
- Utbildning, frågorna 14 - 23
- Arbete/sysselsättning, med frågor kring sjukbidrag, pension. Fråga 24 - 40
- Sociala kontakter/släktingar, fråga 41 - 73
- Sociala kontakter/vänner, fråga 74 - 80
- Hobby/fritid, med frågor om samhällsinformation. Fråga 81 - 98
- Kontakter med primärvård omfattar frågorna 21 - 37.
- Kontakter med psykiatri, fråga 38 - 55.
- Kontakter med socialtjänsten, fråga 56 - 77.
- Samverkan, fråga 78 - 85.

3.3 Seminarier/ gruppdiskussioner

Efter genomförd enkät- respektive intervjuundersökning presenterade vi kommunalvis resultaten för vårdgivarnas representanter. Vid dessa träffar diskuterade vi vårdgivarnas kontakter med de psykosocialt handikappade och gruppens sociala situation. Frågor kring vårdgivarnas kontakter med varandra, samverkansformer etc. togs också upp.

Under en seminariedag, samlade vi representanter från samtliga vårdgivare (från flera kommunalar) kring dessa frågor. I slutrapporten presenterar vi en del av de tankar, idéer och förslag som kommit fram vid de olika diskussionerna.

4 Genomförande av datainsamling och databearbetning

4.1 Enkätstudien

I pilotområdena Kolmården och Eneby genomfördes enkätstudien under januari - februari 1990, med det enkätformulär, den definition och de avgränsningar vi hade arbetat fram.

Med en något omarbetad enkät (bilaga 1), påbörjades enkätundersökningen (kommundelsvis) i övriga kommunen i mars 1990. Enkäten distribuerades till personalgrupperna via representanter som deltog vid kommundelsvisa informationsträffar under våren. Till enkäten bifogades ett följebrev om enkäten och förutsättningar om kartläggningen (bilaga 2). Uppgiftslämnarna kopierade själva det antal enkäter de behövde.

Varje verksamhet hade 4 - 5 veckor på sig att genomföra kartläggningen. De sista enkäterna samlade vi in i mitten av juni.

Från vårdgivarna har olika personalkategorier besvarat enkäten. I våra redovisningar framgår endast vilken verksamhet, som lämnat uppgifterna. Socialtjänsten redovisas som två verksamheter: Individ- och familjeomsorg (IoF) och hemtjänst. Från IoF har såväl utredningsbiträden, som socialsekreterare besvarat enkäten. Från hemtjänst är det uteslutande hemtjänstföreståndare som lämnat uppgifter. Inom psykiatrin har främst personal på de vuxenpsykiatriska öppenvårds-mottagningarna, men även personal från "Rehab" och vårdavdelningar, lämnat enkäter. Från primärvården är det framförallt distriktssköterskor, i några fall distriktsläkare, som lämnat uppgifter.

4.1.1 Databearbetning

Under sommaren och början av hösten -90 bearbetade vi enkäterna manuellt. Resultatet sammanställdes kommundelsvis i PM, ett för varje kommun. I november presenterades vår "Delrapport, november 1990", där vi sammanställt resultatet för hela kommunen.

Från hela kommunen inkom totalt 1.238 enkäter. Antalet enkäter från varje verksamhet framgår av nedanstående tabell.

Tabell 1

Antal enkäter från verksamheterna

Verksamhet	Antal enkäter
Socialtjänst	
Individ- och familjeomsorg	134
Hemtjänst	421 (491*)
Psykiatri	301
Primärvård	266 (312*)

* inklusive enkäter från Granen

Enligt de avgränsningar som angavs, skulle de boende på servicehuset Granen ingå i kartläggningen. Personal från hemtjänsten och primärvården i kommundelen Öster-Lindö reagerade över detta, då boendeformen liknar ett servicehus med helinackordering (SMHI). Uppgifter om de boende på Granen finns redovisade i vår delrapport, men inte i slutrapporten.

4.2 Intervjustudien

4.2.1 Urvalsförfarande

Det totala antalet enkäter, som låg till grund för urval till intervjuerna, var 1.122. Då vi sammanställde resultatet av enkätstudien för kommundelarna kunde vi med hjälp av åldersfördelningen, räkna ut hur många personer det minst rörde sig om. Den totala siffran för hela kommunen blev minst 724 personer.

För att få en rimlig storlek på intervjugruppen, har vi gjort två urval. Vår målsättning var att få minst 70 intervjuer (ca 10% av minsta antalet personer). Vi beslutade i samråd med projektledningen om ett urval av 100 personer, samt 20 personer i en reservgrupp med tanke på att vi i vissa fall skulle få "nej" redan av uppgiftslämnaren. I det första urvalet, hösten -90, drog vi systematiskt var 7:e enkät, totalt 160 enkäter. Vi hade då utrymme, att skilja ut de personer som uppenbart fanns med på flera enkäter i urvalet. Bland dessa 160 enkäter, fanns dock endast en person som beskrevs från två verksamheter. Av de återstående 159 enkäterna reducerade vi antalet med 35% per kommun. Vi fick då en intervjugrupp om 100 personer och en reservgrupp om 20.

Från det första urvalet genomförde vi intervjuer med 36

personer, av dessa var endast fyra yngre än 40 år. Förutom, att vi ansåg intervjugruppen alltför liten, framfördes från psykiatris referensgrupp och från vår projektledning önskemål om fler intervjuer med yngre personer. Med anledning av detta gjorde vi i december -90 ett nytt urval.

I det andra urvalet, drog vi 70 personer yngre än 50 år. Målsättningen var att få ytterligare minst 20, helst 40 intervjuer. Från det andra urvalet har vi genomfört 26 intervjuer.

4.2.2 Databearbetning

För bearbetning, sammanställning och analys av intervjuerna, använde vi ett dataprogram. I programmet kunde vi endast registrera ett begränsat antal frågor. Vi använde därför två olika register, med 20 gemensamma "basfrågor" i båda. Det hindrade vår möjlighet, att obegränsat korsa uppgifter mot varandra. Vi anser dock inte att resultatredovisningen förlorar något på grund av detta, eftersom undersökningen är beskrivande.

Formulärets frågor var kodade för databearbetning. Intervjuerna lades in i programmet vartefter de var genomförda.

Formulärets öppna frågor, har vi sammanställt manuellt och kategoriserat.

4.2.3 Genomförande

Under perioden november -90 till mars -91 genomförde vi 62 intervjuer.

För att få kontakt med intervjupersonerna (ip) tog vi hjälp av dem, som lämnat uppgifter i enkäterna. Uppgiftslämnarna hade på enkäterna, för sin egen identifiering, ett löpnummer för varje person. Till sin hjälp att informera ip, fick uppgiftslämnarna ett introduktionsbrev angående intervjun (bilaga 3) från oss. I brevet fanns möjlighet för ip att skriftligt lämna medgivande till att vi fick hans/hennes namn och adress. Då vi fått intervjupersonens medgivande, tog vi personligen kontakt per telefon eller per brev för att avtala tid och plats för intervjun. Vi har båda genomfört intervjuer. Vid intervjutillfället har en av oss träffat intervjupersonen. Intervjuerna tog mellan 45 minuter och 2,5 timmar att genomföra. Under samtalets gång antecknade vi fortlöpande ip's svar på frågorna. De flesta har vi intervjuat i deras bostad. 14 personer valde, att intervjuas på annan plats, till exempel i vårt arbetsrum, på en

dagverksamhet eller på en psykiatrimottagning. Vid två intervjuer har vi haft hjälp av tolk och vid tre intervjuer har (på ip's begäran) personal från psykiatrin eller en distriktssköterska funnits med.

4.3 Bortfallsanalys

4.3.1 Enkätstudien, felkällor och bortfall

Enkätundersökningen ger inga exakta siffror på hur många personer med psykosocialt handikapp som bor i kommunen. Studiens uppläggning omöjliggör sådana beräkningar. På grund av bland annat sekretessen, kan en person finnas med i enkäter från flera verksamheter.

Vi är också medvetna om, att den definition och de avgränsningar för psykosocialt handikapp, som vi angett, lämnat stort utrymme för uppgiftslämnarens subjektiva bedömning för vilka personer han/hon valt ut. Undersökningen bygger dessutom på uppgiftslämnarens "kom-ihåg", man har alltså inte systematiskt letat i register eller journaler. Från flera håll har man angett, att kartläggningen sannolikt försvårats på grund av hög personalomsättning, omstruktureringar mm.

Från kommundelarna Kolmården, Matteus, Öster-Lindö och Borg har inte IoF lämnat några enkäter. I Kvillinge har hemtjänsten inte besvarat enkäten. Dessutom kan det finnas enskilda handläggare som valt att inte medverka i undersökningen. Anledningen till att hela personalgrupper valt att inte delta är dels, att man ifrågasatt det etiskt riktiga i att lämna uppgifter utan den enskildes samtycke, dels att man haft hög arbetsbelastning under den tid kartläggningen genomfördes.

4.3.2 Intervjustudien, bortfall

Av de båda urvalens totalt 190 personer, har intervjuer genomförts med 62 personer med psykosocialt handikapp.

Bortfallet kan indelas i flera grupper, och fördelar sig på de båda urvalen enligt följande:

Tabell: 2
Bortfallsgrupper

	Antal personer				Totalt n %	
	Urval 1		Urval 2			
	n	%	n	%	n	%
Nej från vårdgivare	44	37	23	33	67	35
Nej från Ip via vårdgivare	29	24	15	21	44	23
Nej från Ip till intervjuare	6	5	6	9	12	6
Avliden	5	4			5	3

Uppgiftslämnarna valde att inte tillfråga "sina" psykosocialt handikappade av skiftande orsaker. I första urvalet fanns många mycket gamla personer och uppgiftslämnarna har för många räknat sagt nej till intervju på grund av att de är gravt förvirrade och att en intervju ansågs skapa stor oro. För andra intervjuer personer har uppgiftslämnarna angett, att dessa för tillfället mår mycket dåligt psykiskt, kanske långvarigt inlagda för vård. Man har också angett, att det är mycket svårkontaktade och isolerade personer. Ett par personer hade flyttat från orten. I vissa fall fanns orsakerna hos uppgiftslämnaren - man var rädd att förstöra förtroendet, då man inte tidigare berättat om kartläggningen, det hade kommit ny personal som ännu inte etablerat en stabil kontakt, eller man hade inte haft kontakt på mycket länge.

Vid andra urvalet hade dessutom lång tid förflutit sedan kartläggningen och några uppgiftslämnare hade kastat sina löpnummer och kunde därför inte minnas vem de lämnat uppgifter om.

Bortfallsgruppen

För att undersöka, om betydande skillnader fanns mellan hur uppgiftslämnarna beskrivit intervju- och bortfallsgrupperna, har vi analyserat dessa enkäter.

Vi fann direkt en skillnad i köns- och åldersfördelningen. I intervjugruppen var antalet män flest, medan kvinnorna var fler än männen i bortfallsgruppen. Andelen personer 70 år och äldre var ca 37% i bortfallsgruppen men endast 16% i intervjugruppen.

I övrigt såg grupperna mycket lika ut med avseende på civilstånd, nationalitet och boende. Även då det gällde problem, sociala konsekvenser och insatser, beskrevs grupperna på liknande sätt. Till exempel angavs i båda grupperna social isolering eller ensamhet, som social konsekvens för ca 50% av personerna. De skillnader som fanns, var i stort sett relaterade till åldersfördelningen. Andelen förvirrade och personer beroende av andra var betydligt högre i bortfallsgruppen där de flesta äldre personerna var representerade.

5 Resultat

I detta avsnitt redovisar vi resultatet av projektets båda undersökningar, enkät- och intervjustudien samt vårdgivarnas diskussioner om resultaten.

5.1 Gruppen psykosocialt handikappade

Enkät- och intervjuundersökningen avsåg människor med psykosocialt handikapp. Undersökningsgruppen var psykiatriskt sett ingen homogen grupp. I intervjugruppen fanns till exempel de, som aldrig haft någon kontakt med psykiatri, och de som vistats långa tider på olika psykiatriska institutioner.

Den äldste personen i enkätundersökningen var född 1892, och den yngste 1972. Av dem vi intervjuat, var den äldste 94 år och den yngste 20.

Enkätstudien visade, att de yngsta personerna, 50 år och yngre, oftast var representerade hos IoF och hos psykiatri. Av hemtjänstens 421 personer, var 324 personer 66 år och äldre. Hos primärvården var 186 av 266 personer 66 år och äldre. I studien redovisade IoF endast tre personer, som var 66 år och äldre.

Ålders- & könsfördelning

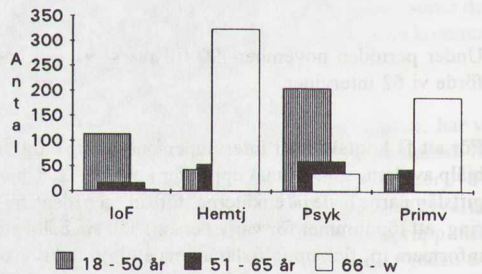


Diagram: 1
Åldersfördelning, enkätundersökningen

Hos IoF och psykiatri var antalet män något fler än antalet kvinnor. För de övriga verksamheterna var förhållandet omvänt. Hos primärvården var kvinnorna något fler än männen och hos hemtjänsten hade man mer än dubbelt så många kvinnor som män.

I intervjugruppen var 51 personer av 62 (82 %) 65 år och yngre. Andelen män, 38 av 62 (61 %) var större än andelen kvinnor, 24 av 62 (39 %).

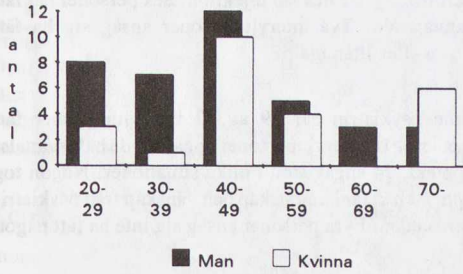


Diagram: 2
Ålders- och könsfördelning i intervjugruppen

Kommentarer från vårdgivarna

Vårdgivarna anser det naturligt, att de äldsta personerna finns representerade hos hemtjänst och primärvård i kartläggningen, men socialtjänsten frågar sig var psykiatrin tar vägen då en person fyllt 65 år.

Psykiatrin anger, att de ofta remitterar äldre personer till primärvården för fortsatt kontakt, oftast handlar det om medicinering och tillsyn.

Troligtvis möter hemtjänsten en grupp människor som inte tidigare haft kontakt med psykiatrin. Dessa människors psykiska problem kan kopplas till åldrandet, till exempel förvirring, oro och/eller depression.

Civilstånd

Majoriteten av personerna var ensamstående. I enkätstudien redovisade primärvården högst andel "gift/sambo" (25 %). I intervjugruppen var sju personer (11 %) gifta eller sammanboende. Av de som var gifta eller sammanboende, var flertalet kvinnor.

Nationalitet

Hos samtliga verksamheter i enkätundersökningen, fanns såväl svenska, som nordiska och utomnordiska personer. Majoriteten var svenskar. I intervjugruppen hade 56 av 62 personer (90 %) svenskt ursprung. Av de personer med utländskt ursprung, kom fyra från Norden och två från andra europeiska länder.

Kommentarer från vårdgivarna

Andelen personer med utländskt ursprung var liten i enkätundersökningen. Vid diskussioner med vårdgivarna framkom, att många familjer i invandrargrupper

själva tar hand om sina gamla eller handikappade. Språksvårigheter och kulturella skillnader kan vara hinder i behandlingen eller i omsorgsarbetet.

5.1.1 Intervjugruppens kontakter med vårdgivarna

Då det gällde de psykosocialt handikappades kända kontakter med de övriga vårdgivarna, angav primärvården i enkätstudien att 85 % av deras patienter hade kontakt med 1, 2 eller 3 andra verksamheter. Psykiatrin var den verksamhet, vars patienter hade minst andel (55 %) kända kontakter med övriga vårdgivare. För de övriga gällde: Hemtjänst - (78 %), IoF - (66 %)

Personerna i intervjugruppen kände i hög utsträckning till vilken vårdcentral, psykiatrisk öppenvårdsteam eller vilket socialkontor de tillhörde.

I tabell 3 framgår hur många personer, som under det senaste året hade haft kontakt med respektive vårdgivare. De flesta som haft hembesök hade också själva besökt verksamheten.

Tabell: 3
Intervjugruppens kontakt med vårdgivarna

	Totalt antal besök		Besök hos vårdgivare		Hembesök av vårdgivare	
	n	%	n	%	n	%
Primärvård	44	71	35	56	17	27
Psykiatri	43	69	41	66	21	34
Socialtjänst	42	68	40	64	32	52

Primärvård

De personer, som hade besökt vårdcentral, hade träffat 1, 2 eller 3 olika personalkategorier. Den vanligaste kombinationen var, att man träffat läkare på vårdcentralen och distriktsköterska. Distriktsköterskan var oftast den, som gjort hembesök hos intervjugruppspersonerna.

I intervjugruppen vände sig 13 av 62 personer (21 %) någon gång till andra läkare än vårdcentralens, till exempel specialtläkare eller sjukhusets akutmottagning.

Psykiatri

De flesta intervjugruppspersoner, med kontakter inom psykiatrin, hade haft kontakt med en psykiatriverksamhet, men där fanns även de som haft kontakt med 2, 3 eller

4 olika verksamheter inom psykiatrin. Man hade också haft hembesök från 1, 2 eller 3 olika psykiatriverksamheter.

Cirka en tredjedel, 22 av 62 intervjupersoner, hade under de senaste 12 månaderna varit inskrivna på psykiatriska kliniken. Det vanligaste var, att de vistats på en vårdavdelning eller på intagningsavdelning 22 och därefter en vårdavdelning.

I intervjugruppen hade 13 av 62 personer (21 %) någon gång under sitt liv vistats på vårdavdelning ett år eller längre sammanhängande tid. Fyra av intervjupersonerna hade vistats på institution mellan 15 och 53 år.

Socialtjänst

Sexton intervjupersoner hade vardera träffat en respektive två olika personalkategorier. Det fanns också de, som träffat 3 eller 4 olika personalkategorier de senaste 12 månaderna. Vid hembesök hade intervjupersonerna träffat en eller två personalkategorier.

5.1.2 Intervjugruppens syn på vården och vårdgivarna

Varför vände sig intervjupersonen till respektive vårdgivare?

För samtliga vårdgivare gällde, att några intervjupersoner vände sig dit för social kontakt eller "för att ha någon att tala med".

De allra flesta, 32 av 44 intervjupersoner, vände sig till vårdcentral för akut somatisk vård. Tolv intervjupersoner vände sig dit för provtagning/kontroller och tre för mediciner.

Till psykiatrin vände sig de allra flesta, 33 av 43 intervjupersoner, för hjälp eller vård då de mätte psykiskt dåligt. Sjutton intervjupersoner angav, att de tog kontakt för att få medicin.

Av de 42 intervjupersoner, som hade kontakt med socialtjänsten, angav 10 personer, att de vände sig till hemtjänst angående hemtjänstinsatser. Med socialtjänstens individ- och familjeomsorg tog 15 av 42 intervjupersoner kontakt för ekonomisk hjälp. Nio personer angav, att de sökte hjälp för något socialt problem och tre tog kontakt för rådgivning. Sju personer angav, att de inte själva tog kontakt med socialtjänsten. Här fanns personer med dagliga insatser från hemtjänst, men även personer som hade kontakt med IoF.

Vilken hjälp har intervjupersonen fått?

Den hjälp man fått på vårdcentralen var för 33 av 44 intervjupersoner, mediciner eller annan akut somatisk vård. Nio personer angav, att de tog sina prover/kontroller eller fick sin injektion. Sex personer har fått samtalsstöd. Två intervjupersoner ansåg sig ha fått ingen eller liten hjälp.

Från psykiatrin har 39 av 43 intervjupersoner fått medicin, 18 intervjupersoner angav att de haft samtalskontakt, 14 angav stöd i olika situationer. Någon tog upp, att han får kamratskap och vänskap från psykiatripersonalen. Fyra personer ansåg sig inte ha fått någon hjälp.

Av socialtjänsten hade 23 av 42 intervjupersoner fått hjälp av vårdbiträde i hemmet. Två personer angav, att de deltog i dagverksamhet i socialtjänstens regi. Från IoF hade 18 intervjupersoner fått ekonomiskt bistånd, sex personer hade samtalskontakt och fem personer hade en kontaktperson/stödfamilj, förordnad av socialtjänsten.

Intervjupersonernas uppgifter om vilken hjälp de fått från de olika vårdgivarna, överensstämmer i hög grad med de insatser vårdgivarna angav i enkätundersökningen.

Är det lätt/svårt att komma i kontakt med personal?

I tabell 4 framgår, hur intervjupersonerna besvarat frågan om det är lätt eller svårt, att nå de olika vårdgivarnas personal. De intervjupersoner som inte redovisas i tabellen besvarade frågan "vet ej".

Tabell 4

Lätt eller svårt att nå personalen

	Lätt		Svårt	
	n	%	n	%
Primärvård:				
Distriktsköterska	28	64	1	2
Distriktsläkare	23	52	8	18
Psykiatripersonal	26	60	8	19
Socialtjänstpersonal	31	74	7	16

Kontinuitet hos personalen?

I tabell 5 framgår, i vilken omfattning intervjupersonerna träffat samma eller olika personal vid sina kontakter med vårdgivarna.

Tabell 5

Kontinuitet hos personalen

	Alltid samma		Ibland samma		Aldrig samma	
	n	%	n	%	n	%
Primärvård:						
Distriktssköterska	6	14	20	45	5	11
Distriktsläkare	3	7	13	30	11	25
Psykiatripersonal	13	30	20	45	5	12
Socialtjänstpersonal	14	33	23	55		

Kommentarer från vårdgivarna

Inom socialtjänsten, har personalen förvånats över, att intervjupersonerna anger en hög kontinuitet. Personalen anger själva, att personalomsättningen ibland är mycket hög.

Gehör från personalen?

Av totalt 44 intervjupersoner, ansåg hälften, att den personal de träffat inom primärvården alltid lyssnat till dem och tagit hänsyn till deras synpunkter. Tio personer (23%) ansåg att personalen lyssnat på deras synpunkter ibland. Det var endast tre av 44 intervjupersoner (7%) som tyckte att de aldrig fått gehör.

Av de 43 intervjupersoner, som hade kontakt med psykiatrin, ansåg 21 (49%) att personalen alltid lyssnar på den enskilde och tar hänsyn till hans eller hennes synpunkter. Psykiatripersonalen lyssnar ibland ansåg 17 av 43 intervjupersoner (40%). Endast en person ansåg att personalen inom psykiatrin aldrig lyssnar.

Personalen inom socialtjänsten lyssnar alltid på den enskilde och tar hänsyn till hans synpunkter, det ansåg 21 av 42 intervjupersoner (50%). Tolv personer (28%) tyckte att de fått gehör ibland. Fyra (10%) ansåg att socialtjänstpersonalen aldrig lyssnar på dem.

Är intervjupersonen nöjd eller missnöjd med kontakten?

De allra flesta intervjupersoner ansåg sig vara helt nöjda eller nöjda då det gäller kontakten med personal hos respektive vårdgivare. Inom primärvård gällde det 34 av 44 intervjupersoner (77%), för psykiatrin var det 30 av 43 personer (70%) och för socialtjänsten 29 av 42 personer (69%).

Att man var nöjd, berodde (för samtliga vårdgivare) på, att man hade bra kontakt med trevlig personal och att man upplevde sig få bra och riktig hjälp. Någon nämnde att "psykiatrin är någonstans att vara då man mår dåligt".

Ett fåtal var mindre nöjda eller missnöjda med verksamhetskontakterna. För primärvården var det endast två av 44 intervjupersoner (4%). Sex intervjupersoner ansåg sig vara mindre nöjda eller missnöjda med psykiatrin och lika många med socialtjänsten.

För samtliga vårdgivare gällde, att de missnöjda ansåg sig ha fått otillräcklig hjälp, de ansåg att personalen inte alltid var lyhörd. Inom socialtjänsten var intervjupersonerna missnöjda med vårdbiträden de träffat och med bristande kontinuitet hos vårdbiträden. Man tyckte att vårdbiträdena hade för lite tid (för social kontakt). De mest negativa, med kontakter inom psykiatri, ansåg, att psykiatrin gjort dem medicinberoende eller förstört deras liv. Någon ansåg att synen på psykisk sjukdom är densamma som på medeltiden.

Kan något ändras för att ge intervjupersonen bättre hjälp?

Av de 44 intervjupersoner, som hade kontakt med primärvården ansåg 11 (25%), att verksamheten skulle kunna ge bättre hjälp med vissa förändringar. För psykiatris del föreslog 17 av 43 intervjupersoner (40%) förändringar och för socialtjänsten hade en tredjedel (14 av 42=33%) förslag till förändringar.

Förändringar, som föreslogs av intervjupersoner med kontakter inom primärvården var bland annat: tre personer ville ha bättre kontinuitet, sex personer önskade att det vore lättare att nå läkare eller sjuksköterska och två önskade att distriktssköterskorna hade mer tid för varje patient.

För psykiatrin, gav intervjupersonerna förslag på förändringar inom olika områden. Då det gällde personal, ville tre personer träffa någon "ny" yrkeskategori, - någon som man inte haft kontakt med. Intervjupersonerna hade också önskemål om förändringar i behandlingen. Fem personer ville till exempel ha mindre, bättre medicinering och fyra ville lära sig hantera sina problem utan medicin. Fyra personer önskade mer samtalskontakt.

Några förslag gällde psykiatriska klinikkens vårdavdelningar. Någon önskade att avdelningarna var mindre, en annan att avdelningarna var lugnare. Ytterligare en ville att det skulle finnas fler platser för inläggning. Två intervjupersoner önskade att det vore lättare att bli inlagd då man mår riktigt dåligt. Man tog också upp att personalen på avdelningarna bör vara äldre och mer erfaren, idag är det ofta alltför ung personal. Man ville också ha tillgång till fler aktiviteter på avdelningarna. Någon tog också upp, att det behövs ökad forskning kring psykisk sjukdom.

Då det gällde socialtjänstens individ- och familjeomsorg, önskade fyra intervjupersoner mer ekonomiskt bistånd (högre bidragsnorm). Personalen borde vara bättre på att hålla och följa upp vad de lovat ansåg två personer. En person önskade mer aktiv hjälp för att, till exempel få en bostad.

De förändringar intervjupersonerna gav förslag på inom hemtjänst, gäller vårdbiträdena. Sju personer gav preciserade exempel på vad de ville att vårdbiträden ska göra: ha mer tid att prata, "aktivera mig", bli bättre på att laga mat mm. Fem intervjupersoner frågade efter bättre kontinuitet och färre vårdbiträden. Färre antal vårdbiträden kunde gälla både totalt sett och att man inte ville ha besök av två personer samtidigt. Någon tog upp att "det skvallras för mycket inom socialtjänsten".

Kommentarer från vårdgivarna.

Många av de synpunkter, även angående förändringar som brukarna lämnat är välkända problem hos vårdgivarna, men som en distriktssköterska uttryckte det: "varför gör man inget åt det?".

Hemtjänstens arbetssituation har ofta tagits upp till diskussion. Det är ofta ung utbildad personal, man har hög personalomsättning och därmed dålig kontinuitet. Det finns många hemvårdsbiträden som är mycket duktiga i det praktiska arbetet och i kontakten med brukaren, men de har ofta en dålig teoretisk grund då det gäller psykiatri.

5.1.3 Kontakter mellan vårdgivarna

I enkätstudien angav samtliga vårdgivare viss samverkan, kring enskilda personer, med alla övriga verksamheter. Hemtjänst och primärvård var de verksamheter som i störst utsträckning samverkade.

Av intervjugruppens 62 personer, hade 41 (66%) haft kontakt med fler än en vårdgivare de senaste 12 månaderna. De flesta 25 av 41 intervjupersoner (61%), hade kontakt med två vårdgivare, 15 (24%) hade haft kontakt med tre och en person hade haft kontakt med samtliga fyra vårdgivare.

Av dessa 41 personer kände 13 (32%) till att vårdgivarna samarbetade kring dem.

Kring 9 personer samarbetade två verksamheter (tre av dessa intervjupersoner angav, att de hade kontakt med fler än två verksamheter):

Primärvård-hemtjänst,	tre personer
Psykiatri-IoF,	tre personer
Psykiatri-primärvård,	en person
Primärvård-IoF,	en person
Hemtjänst-IoF,	en person

Tre verksamheter samverkade kring fyra personer:

Primärvård-IoF-psykiatri,	två personer
Primärvård-psykiatri-hemtjänst,	en person
Hemtjänst-psykiatri-IoF,	en person

Sex av dessa 13 intervjupersoner angav, att de ibland träffade personal från de olika verksamheterna tillsammans. Hälften ansåg, att man alltid i den gruppen lyssnade på och tog hänsyn till den enskildes synpunkter. En person ansåg sig få gehör ibland. Två angav "vet ej". Sju personer hade aldrig träffat personalen från de olika verksamheterna tillsammans.

Av de 41 intervjupersoner, som hade kontakt med flera verksamheter, angav över hälften (54%) "vet ej" på frågan om vårdgivarna hade kontakt och samverkade, men hälften av dessa önskade att det fanns ett samarbete. Sex av 41 intervjupersoner (14%) svarade nej på frågan och ingen av dessa önskade samarbete mellan vårdgivarna.

Kommentarer från vårdgivarna.

I diskussionerna kring samverkan, är det framförallt de övriga verksamheterna, som ställer krav på psykiatrin.

Psykiatrin är den verksamhet som har flest "egna" patienter och man har traditionellt arbetat individinriktat. Med det förändrade synsätt som nu utvecklas inom psykiatrin börjar man mer och mer se till personens sociala sammanhang.

Socialtjänsten, i första hand hemtjänst, frågar efter handledning och akut rådgivning från psykiatrin. Man vill ha stöd - "då jag själv inte räcker till", som en hemtjänstföreståndare uttryckte det. Frågor som hemtjänsten vill ha hjälp med är till exempel "hur förhåller jag mig till en person med ett visst beteende?", "varför betar sig personen så här?".

Mest samverkan sker mellan hemtjänst och primärvård. Samarbetet sker kring enskilda personer, i vårdplaneringsgrupper, som man tycker är ett bra

forum. I diskussionerna framför man önskemål, att psykiatrin borde delta i vårdplaneringsgrupperna. Det gäller kanske framförallt geropsykiatrin, som vänder sig till de äldre, men även öppenvården. Mellan psykiatri och IoF, som båda framförallt arbetar med den yngre gruppen, finns inget liknande forum för samarbete.

Hinder för samverkan?

I många diskussioner framkom, att de olika verksamheterna har bristande kunskap om varandras arbetsområden, hur organisationen ser ut, vilken kompetens man har etc.

Med dessa brister är det många gånger svårt att veta vilket stöd man kan få/ge eller vilket samarbete man kan utveckla. Ömsesidig information och att man lär känna personer i varandras organisationer är viktigt för ett bra samarbete.

På något håll tog personalen upp sekretessen, som ett hinder för samverkan, medan man i andra områden inte anser det var något problem.

5.2 Intervjugruppens syn på sin livssituation

5.2.1 Boende

Majoriteten av personerna i såväl enkät- som intervjuundersökningen bodde ensamma i egen bostad. Från IoF angav man i enkätundersökningen, "bostadslös" för totalt 3 personer.

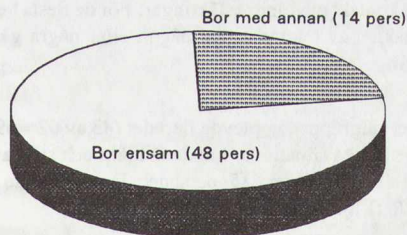


Diagram: 3
Intervjugruppens boende

Vi intervjuade personer i samtliga kommundelar, majoriteten 59 av 62 intervjupersoner (95%) bodde i centralorten eller i kommunens andra tätorter. Tre

fjärdedelar (48 av 62=77%) bodde ensamma och de flesta (49 av 62=79%) bodde i lägenhet.

De flesta, 53 av 62 intervjupersoner, ansåg sig nöjda eller helt nöjda med sitt boende. Det gällde såväl själva bostaden som den yttre miljön. Bland dem som var mindre nöjda eller missnöjda, fanns endast en person, med långvarig institutionsvistelse bakom sig, som uttryckte önskemål om gruppboende. Han upplevde stor ensamhet och isolering i den egna bostaden.

Kommentarer från vårdgivarna

Vårdgivarna angav ofta i enkäten, att personerna med psykosocialt handikapp har svårt att klara det egna boendet. Personalen efterfrågar därför fler alternativa boendeformer, för såväl yngre som äldre. De ser ett grupp- eller stödboende även som en möjlighet att bryta ensamhet och social isolering.

5.2.2 Arbete/Sysselsättning

Av intervjugruppens 51 personer i arbetsför ålder, hade endast tre personer (6%) förvärvsarbete som sin huvudsakliga sysselsättning. Av dessa var endast en person yngre än 39 år. En arbetade heltid och två halvtid. Av dessa 51 personer hade 29 (57%) genomgått någon yrkesutbildning.

I intervjugruppen angav 43 av 62 personer (69%), att de saknade arbete. Här fanns också gruppen ålderspensionärer (11 personer). Fyra intervjupersoner angav att de var arbetslösa och sökte arbete.

En fjärdedel av intervjugruppen (16 av 62=26%) hade annan huvudsaklig sysselsättning, exempelvis studier, arbetsträning, Club Spången eller annan dagverksamhet i kommunens eller psykiatris regi och för många var det inte en daglig sysselsättning.

Vid intervjutillfället var sju av 62 intervjupersoner (11%), samtliga under 50 år, sjukskrivna. Cirka en fjärdedel (14 av 62=23%), samtliga yngre än 50 år, hade sjukbidrag. Bland de som hade sjukbidrag, fanns ett fåtal, som hade en anställning, men inte arbetat på många år. Förtidspension hade 27 personer (44%), varav fem yngre än 40.

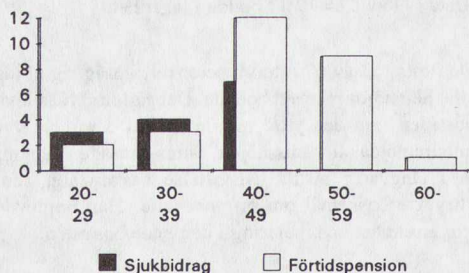


Diagram: 4
Bidragsform.

Nästan alla, 60 av 62 intervjupersoner, berättade om tidigare arbeten. Flera, 29 personer, uttryckte att de ville förändra sin sysselsättningssituation. Av dessa ville 20 ha arbete, sex ville ha arbete, studier eller annan sysselsättning.

Något fler än hälften, 33 av 62 intervjupersoner, angav "varken/eller", mindre nöjd eller missnöjd angående sysselsättningssituationen. Det är trist och långtråkigt att inte arbeta, ansåg 14 personer. Sex intervjupersoner uttryckte också ensamhet och social isolering på grund av sysslösheten - "man fyller ingen funktion i samhället och hamnar utanför den sociala gemenskapen". Det var framförallt kvinnorna som var mindre nöjda eller missnöjda.

5.2.3 Hobby och fritid

Av intervjugruppens 62 personer hade ungefär en tredjedel, ytterst få eller inga fritidsaktiviteter. Vi frågade om intervjupersonen deltog i nio olika aktiviteter. För åtta av dessa låg tyngdpunkten bland svaren på alternativet "aldrig". För aktiviteten "friluftsliv", var svaren jämt fördelade på alternativen: ofta, ibland och aldrig. Här tog vi även med de som angav, att de tog en promenad ibland.

Studiecirkel var en av få aktiviteter, som hade flest svar på alternativet ofta. Varje vecka deltog 12 av 62 intervjupersoner (19%) i cirklar, ofta i en dagverksamhets regi. I "annan verksamhet" deltog 18 av 62 personer (29%) ofta, det kunde till exempel vara besök på biblioteket eller badhuset.

I intervjugruppen angav 15 av 62 personer (24%), varav nio kvinnor, att de var mindre nöjda eller missnöjda med sin fritid. Fem personer angav, att de inget orkade eller att de inte kom sig för med aktivite-

ter. Fyra personer tog upp, att de kände ensamhet och att de önskade kontakt med vänner. De intervjupersoner, som var nöjda eller helt nöjda med fritiden, var de som hade aktiviteter i eller utanför hemmet.

Då det gällde samhällsinformation, angav flertalet intervjupersoner, att de dagligen läste dagstidning (41 av 62=66%), lyssnade på radions nyhetsprogram (44 av 62=71%) och/eller såg på TV-nyheter (41 av 62=66%).

5.2.4 Sociala kontakter

Kontakt med släktingar

Samtliga intervjupersoner, utom en, hade nära släktingar. 37 av 62 personer hade föräldrar, 57 hade syskon och 14 personer hade barn som bodde på annat håll. Majoriteten, alla utom tre, hade kontakt med nära släktingar i varierande omfattning.

Tabell: 6
Intervjugruppens kontakter med föräldrar och syskon.

	Minst varje vecka		Varje månad		Sällan/aldrig	
	n	%	n	%	n	%
Besök av föräldrar	12	33	5	14	20	53
Besök hos föräldrar	21	56	8	22	8	22
Besök av syskon	6	10	9	16	42	74
Besök hos syskon	7	12	13	23	37	65

Förutom besök hos varandra, hade man kontakt per telefon. Av den grupp på 57 personer, som hade syskon, hade cirka hälften telefonkontakt varje månad eller oftare.

Drygt hälften av intervjugruppen (34 av 62=55%) hade kontakt med andra släktingar. För de flesta bestod kontakten av telefonsamtal någon eller några gånger per år.

I intervjugruppen upplevde flertalet (43 av 62=69%), att de i olika situationer kunde få hjälp och stöd av sin släkt. En fjärdedel, 15 personer angav, att de inte kunde få hjälp och stöd från sina anhöriga.

De flesta intervjupersoner (42 av 62=68%), var nöjda eller helt nöjda med sina släktkontakter. De tyckte att kontakten var bra eller att de fått mycket stöd från sina anhöriga. De 10 personer (16%) som var mindre nöjda eller missnöjda med kontakterna motiverade sina svar med att kontakten var dålig, att de hade för lite kontakt eller att de anhöriga bodde långt borta.

Ungefär en tredjedel av intervjugruppen, 23 personer, önskade förändringar i släktkontakterna. Tolv intervju personer önskade tätare kontakt, sju önskade bättre relationer och fyra ville ha kontakt med fler släktingar.

Kontakt med vänner

I diagram 5 visas, att 10 av intervjugruppens 62 personer (16 %) saknade vänner. Drygt hälften av de 52 personer som angav att de hade vänner träffade någon vän dagligen eller varje vecka. Flera träffade sina vänner i den dagverksamhet de deltog i.

Saknar vänner (10 pers)

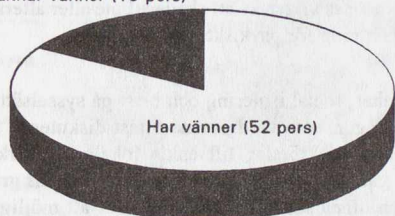


Diagram: 5
Vänner

Nära hälften av intervjugruppen (28 av 62=45%) upplevde, att de i olika situationer kunde få stöd eller hjälp av någon vän. Nästan lika många (44%) angav, att de inte kunde få hjälp av någon vän.

De flesta intervju personer (42 av 62=68%), var nöjda eller helt nöjda med vänkontakterna. De ansåg bland annat, att de hade bra relationer till vännerna. Åtta av 62 personer (13%) var mindre nöjda eller missnöjda med kontakterna. Det var bland annat personer som hade få eller inga vänner.

Cirka en fjärdedel av intervjugruppen (14 av 62=23%) angav, att de önskade förändringar beträffande kontakter med vänner. Tio personer önskade fler vänner, till exempel av motsatt kön eller friska vänner. Två personer ville ha tätare kontakt med vänner och tre önskade bättre relationer för att känna sig accepterad och trygg.

Kommentarer från vårdgivarna

Hos samtliga vårdgivare är man väl medveten om de psykosociala handikappades isolering och sysslöshet och de insatser vårdgivarna idag ger, till exempel ekonomiskt bistånd eller medicin löser inte dessa problem.

I enkätundersökningen angav, framförallt IoF och psykiatrin ofta att personen, på grund av sitt handikapp, har stora svårigheter att arbeta eller är helt

arbetsförmögen. I enkätundersökningen angavs också ofta "passivitet" och "initiativlöshet", som konsekvenser av personens psykiska problem.

I cirka 50% av samtliga vårdgivares enkäter omnämndes social isolering, ensamhet och dåligt socialt nätverk som konsekvenser av personernas psykiska problem.

En annan vanlig konsekvens, som vårdgivarna angav var, att den handikappade har svårigheter i relationer till andra människor. Det kan gälla aggressivt och/eller störande beteende för grannar, men även i relationer till närstående.

Från hemtjänst och primärvård angav man dessutom för många personer, att de är beroende av hemtjänst, anhöriga eller andra för att klara sitt dagliga liv.

Dagens situation på arbetsmarknaden, med ökande arbetslöshet innebär, att det näst intill är omöjligt för den här gruppen att få ett arbete. Det är idag också mycket svårt, att få ett skyddat arbete inom till exempel Samhällsföretagen. Vårdgivarna anser det mest realistiskt, att bryta isoleringen och ge meningsfull sysselsättning, genom att skapa dagverksamheter.

"Club Spången" (dagverksamhet för psykosociala handikappade) i Norrköpings centralort, ses av samtliga vårdgivare som en stor resurs. Ytterligare två "Club Spången" är planerade. En, enligt personalgrupperna, viktig utveckling för att kunna erbjuda fler personer möjlighet till gemenskap och sysselsättning.

Dagverksamhet för senildementa personer finns i flera kommuner, men en utökning av sådana verksamheter efterfrågas.

6 Diskussion

Projektets målsättning har varit, att utveckla samarbetet mellan psykiatri, primärvård och socialtjänst för att kunna ge adekvat vård/hjälp utifrån de psykosociala handikappades behov.

I diskussionsavsnittet lyfter vi fram de frågeställningar, som varit centrala i projektets undersökningar. Dessutom delar vi våra synpunkter på projektets genomförande.

6.1 Resultat

Vi anser, att resultatet av projektets båda undersökningar, enkät- och intervjustudien, motsvarar de syften som eftersträvades. Enkätstudien ger en bra beskrivning av gruppen psykosocialt handikappade och vårdgivarnas arbete för dem. Genom intervjustudien har vi kunnat beskriva en mindre grupp mer utförligt. Intervjugruppen (de psykosocialt handikappade) har också gett oss kunskap om sin livssituation, sin syn på kontakter med och önskemål om förändringar hos vårdgivarna. Undersökningarna ger värdefull information för vårdgivarna i utvecklingsarbetet, såväl inom varje enskild verksamhet, som i samarbetet mellan dem.

6.1.1 Intervjugruppens syn på vårdgivarna

I stort sett är brukarna nöjda med de kontakter de har med respektive vårdgivare. För varje vårdgivare finns specifika skäl till varför personerna söker dem. Den hjälp man anser sig få är ofta specifik utifrån vårdgivarens kompetensområde.

Ett skäl att brukarna söker vårdgivarna, är att "ha någon att prata med", "att få vänskap, kamratskap". Detta är gemensamt för samtliga verksamheter. Om man uttrycker missnöje med kontakten, handlar det ofta om att vårdgivaren har för lite tid för social kontakt. I samtalen med intervjupersonerna har vi anat mer missnöje med vårdgivarna än vad som framgår av intervjuvaren. Kanske är det den viktiga sociala kontakten med enskilda personer, som intervjupersonerna värnar om, då de framhåller det positiva hos vårdgivarna. Vi frågar oss om det är rimligt, att "myndighetspersoner" upplevs som så viktiga vänner - det är trots allt kontakter, som brukaren ofta får betala för. Det visar också hur viktigt det är att skapa förutsättningar för social kontakt utanför vården.

6.1.2 Intervjugruppens livssituation

De personer med psykosocialt handikapp, som beskrivs utifrån de båda undersökningarna är ingen homogen grupp. Det finns stora skillnader i flera avseenden, till exempel ålder, vård/kontakter inom psykiatri, intressen mm.

I några avseenden visar resultaten på likheter i gruppen. Såväl vårdgivare som brukare framhåller till exempel de psykosocialt handikappades ensamhet, brist

på arbete och fritidssysselsättning. Många intervjupersoner såg det som en självklarhet, oavsett sitt handikapp, att ha ett arbete, att där fylla en funktion och ingå i en social gemenskap. Däremot relaterade man ofta till sitt handikapp för att förklara en inaktiv fritid. Vi tror att detta är ett uttryck för omgivningens negativa syn på människor som inte arbetar och "gör rätt för sig", medan det däremot är mera accepterat att vara passiv på sin fritid.

Många av de insatser, som vårdgivarna enligt enkät- och intervjustudien ger, kan sällan råda bot på sysslolöshet och/eller ensamhet. I socialtjänstens mål och riktlinjer 1988 (utvecklingsprogram för handikappomsorg) betonas vikten av att skapa arbete eller alternativt sysselsättning för psykiskt handikappade.

Ensamhet, social isolering och brist på sysselsättning är de frågor, som vårdgivarna oftast diskuterat. Man har idéer och förslag till enkla lokala samverkanslösningar, till exempel att i en av hemtjänstens grupplokaler kunna samla handikappade för att möjliggöra sociala kontakter och gemensamma aktiviteter. Sådan verksamhet finns bland annat i kommundelarna Kvillinge och Skärblacka. Lokala mötesplatser kan bli bra alternativ till Club Spången, dels med tanke på de geografiska avstånden i kommunen, dels därför att Club Spångens verksamhet av olika skäl inte passar alla. Gruppen psykosocialt handikappade är som tidigare nämnts ingen homogen grupp och det är viktigt att de, liksom alla samhällsinvånare, har möjlighet att välja aktiviteter utifrån intresse.

De aktiviteter (dagverksamheter) som vänder sig till de psykosocialt handikappade är uteslutande öppna under dagtid, måndag till fredag. Många upplever ensamheten som störst under kvällar och helger och önskar andra öppettider.

Inför intervjuerna uttryckte många vårdgivare farhågor om att vi, som okända personer, skulle ha svårigheter att komma in hos brukarna. Vår upplevelse blev den motsatta. Vi har blivit mycket väl bemötta och många har berättat mer om sig själva än vad intervjun krävde. Vi upplevde också ett stort kontaktbehov hos många. Några personer önskade till exempel fortsatt kontakt med oss. I olika sammanhang uttrycker många en brist på sociala kontakter, trots att de flesta i varierande omfattning har kontakt med anhöriga eller vänner. Genom intervjupersonernas berättelser kunde vi ibland ana en tät kontakt med anhöriga, samtidigt som personerna uttryckte stor besvikelse över att ingen brydde sig om dem eller kom på besök. Med tanke på det stora kontaktbehov vi mötte och bristen på "utomstående" kontakter, tror vi risken är stor att relationerna till närstående "nöts sönder". Ett viktigt arbete för vård-

givarna är därför, att identifiera naturliga kontaktnät och ge stöd till närstående.

6.1.3 Samverkan mellan vårdgivarna

Vi ser fördelar för såväl brukare som vårdgivare med ett utvecklat samarbete på olika nivåer mellan verksamheterna. Schematiskt kan det beskrivas enligt följande:

	Vårdgivare	Brukare
Individnivå	Stöd i sitt arbete	Färre kontakter Samordnade insatser
Gruppenivå	Alternativa vård/ hjälpinsatser, ej traditionella	Bättre utbud för möjlighet till social gemenskap och sysselsättning
Samhällsnivå	Samlade kunskaper för attitydförändring etc.	Bättre acceptans från omgivningen

Den samverkan som redovisas i enkät- och intervjustudien, sker kring enskilda personer. I intervjugruppen är det anmärkningsvärt många (22 av 41 personer) som inte vet om det finns kontakt och samarbete mellan de vårdgivare man har kontakt med.

I diskussionerna om samarbete har vi saknat debatten om hur vårdgivarna kan arbeta för att förändra allmänhetens syn på och attityder till psykosocialt handikappade. Det finns idag mycket tabu kring psykisk sjukdom och flera av våra intervjupersoner upplever en negativ, avståndstagande attityd från omgivningen. Här kan RSMH fylla en viktig uppgift. Med sina erfarenheter av egen eller närståendes sjukdom och med stöd av sin förening kan de visa allmänheten, att psykiskt sjuka är en grupp människor som med olika bakgrund och intressen, har rätt att delta i samhällslivet.

Vi har tidigare nämnt, att det oftast är de övriga verksamheterna som ställer krav på psykiatrin då det gäller samarbete.

De psykiatriska mottagningarna arbetar på olika sätt gentemot sina kommunalar. Från en mottagning har man utsett kontaktpersoner till varje kommunal i syfte att kunna delta i till exempel vårdplaneringsgrupper. Från andra mottagningar står man till förfogande vid behov av kontakt kring någon enskild person.

Vi har ofta reagerat över, att vårdgivarna har bristande

kunskaper om varandras verksamheter. Vi tror att det kan leda till felaktiga förväntningar på till exempel vilken hjälp man kan få eller ge.

Då vårdgivarna diskuterat samverkan, har vi fått uppfattningen, att man har kontakt utifrån ojämlika positioner. Psykiatrin framstår som självklara experter för de övriga verksamheterna, som bara önskar att få hjälp. Det är mycket sällan vi mött det omvända förhållandet, att psykiatrin är den verksamhet som ber om stöd. Vi anser att såväl socialtjänsten som primärvården har mycket kunskaper som psykiatrin borde ta till sig, exempelvis att möta brukaren i hemmiljö.

6.2 Projektets genomförande

6.2.1 Enkätstudien

I de olika kommunalerna ger enkätstudien något varierande resultat och utgör därför ett bra underlag för vårdgivarnas fortsatta diskussioner om samverkan etc. i den egna kommunalen.

För fem kommunalar är resultatet av enkätstudien bristfällig, då personalgrupper inom socialtjänsten inte deltagit i studien. Bland annat ifrågasatte man det etiskt riktiga i att lämna uppgifter utan den enskildes samtycke, trots att sekretessen var utredd. Vi anser att de här personalgrupperna gått miste om värdefull information om människor med psykosocialt handikappade i deras arbetsområde. Att hela personalgrupper ställt sig utanför kartläggningen har också försvårat diskussionerna kring samverkan i dessa områden.

6.2.2 Intervjustudien

I intervjuundersökningen finns ett stort bortfall. Den största andelen personer i bortfallet tillfrågades aldrig om han/hon ville delta i en intervju, utan uppgiftslämnaren svarade "nej" för personens räkning. Vi tror att vårdgivare ibland avböjt en intervju för att slippa tala med brukaren om hans/hennes psykiska problem. Det är ofta tabubelagt att tala om dessa problem. Det är kanske särskilt svårt inom socialtjänsten, dit man vänder sig för hjälp av så många skäl, ofta vitt skilda från psykiatrisk eller medicinsk hjälp.

6.2.3 Gruppdiskussioner/seminarier

Projektets undersökningar har vid de flesta redovisningar lett till livliga diskussioner, både vad gäller resultaten och kontakten/samarbetet mellan verksamheterna. Vårdgivarna tycker att projektet belyst viktiga frågeställningar.

Ibland har vi dock funderat över hur väl projektet varit förankrat eller prioriterat ute hos vårdgivarna. Vid de träffar vi arrangerat, har inte alltid alla verksamheter varit representerade.

7 Åtgärdsförslag

I detta kapitel redovisar vi förslag om hur samverkan kan utvecklas med syfte att förbättra insatserna för de psykosocialt handikappade.

Samverkan på ledningsnivå

För ett fungerande samarbete på lokal nivå krävs förankring hos varje vårdgivares ledning. Vi föreslår därför, att en ledningsgrupp med representanter från respektive vårdgivare bildas med syfte

- att utforma gemensamma mål och riktlinjer för samverkan i arbetet för psykosocialt handikappade, samt
- att på samhällsnivå vara opinionsbildare och arbeta för förändrade attityder till psykosocialt handikappade.

Information och utbildning

Som tidigare nämnts har vi noterat att vårdgivarna har bristande kunskaper om varandras verksamheter. För att undvika en del av de missförstånd och orealistiska förväntningar som detta leder till, bör man ordna träffar för personal från de olika verksamheterna. Tanken är att man informerar varandra om sina organisationer, hur man arbetar, vilka personalkategorier och resurser man har.

Personliga kontakter är mycket viktiga för att utveckla ett samarbete. I varje geografiskt område bör vårdgivarna därför utse varsin kontaktperson. Det är viktigt att en person bär huvudansvaret för att samverkansfrågor etc drivs framåt.

I syfte att ytterligare öka kunskaperna kan en vårdgivare bjuda in de övriga till internutbildning eller till gemensamma seminarier med teman kring psykosocialt handikappade. Här kan frågor om attityder, sysselsättningsproblem etc. ventileras.

Prioritering och insatsplanering

Det finns troligen ett relativt litet antal personer med psykosocialt handikapp, som samtliga inblandade vårdgivare har stora svårigheter att hjälpa på ett tillfredsställande sätt. Det finns skäl att anta att dessa personer ianspråk tar en oproportionellt stor del av de samlade resurserna utan att nämnvärda resultat uppnås. För att använda de gemensamma resurserna på ett effektivt sätt, kan man områdesvis samla alla berörda vårdgivare för att:

1. Identifiera vilka personer som ingår i den aktuella gruppen
2. Utifrån den samlade kompetensen söka och planera individuellt anpassade lösningar/insatser
3. Bilda gemensamma "arbetsgrupper" kring varje enskild person
4. Följa upp och utvärdera vad man åstadkommit.

På detta sätt skulle man också möta efterfrågan på psykiatrins deltagande i gemensamma "vårdplaneringsträffar", dessutom blir dessa träffar viktiga för kunskapsutbytet mellan vårdgivarna.

Specialiserad hemtjänst

För att bättre kunna ge hemtjänstpersonalen handledning från psykiatrin och utbildningsinsatser anpassade till de speciella problem man möter i arbetet med psykosocialt handikappade, kan hemtjänstgrupper, med personal speciellt intresserade av att arbeta med den handikappgruppen, bildas. En sådan specialisering leder till högre kompetens hos vårdbiträdena, bättre kontinuitet och högre kvalitet på insatserna för de handikappade.

Social gemenskap och sysselsättning

Utifrån kunskapen om brist på arbete/sysselsättning för de psykosocialt handikappade är det viktigt att se över samarbetet med andra samhällsresurser till exempel ami, arbetsförmedling, försäkringskassa etc. för att utveckla och samordna insatserna i arbetsrehabiliteringen.

Club Spången är en verksamhet som, enligt samtliga vårdgivare, fyller en viktig social funktion. Det är mycket angeläget att den planerade utbyggnaden av verksamheten genomförs. Man kan också starta lokala, enkla dagverksamheter typ "Torpet" i Kvillinge, dit människor kan komma för att umgås med varandra och/eller delta i någon aktivitet. Dessa verksamheter kan vara lokala samverkansprojekt. Då man planerar dessa verksamheter är det viktigt att innehåll och öppettider är flexibla för att kunna möta människor med skiftande intressen och behov.

På flera håll i landet har bland annat psykosocialt handikappade startat arbetskooperativ. Vi anser det viktig, att politiker och vårdgivare i kommun och landsting stödjer och på andra sätt skapar förutsättningar för sådana initiativ från de handikappade.

För att finna möjligheter till gemenskap och till fritidssysselsättning kan man etablera samarbete med föreningsliv och frivilligorganisationer i kommunen. Dessa kan troligen erbjuda ett varierat utbud av sysselsättning. I detta sammanhang är RSMH en mycket viktig förening. Föreningen erbjuder social gemenskap och olika aktiviteter för människor med psykosocialt handikapp.

Anhörigstöd

Vår intervjustudie visar, att de flesta i intervjugruppen har anhöriga. Dessa utgör ofta viktiga kontakter för de psykosocialt handikappade eftersom de saknar andra naturliga kontakter, som till exempel arbetskamrater. Gruppens anhöriga utgör också en viktig resurs i arbetet för att bygga upp ett socialt kontaktnät. Vårdgivarna har ett betydelsefullt arbete i att utveckla former för ett bra anhörigstöd. Man kan till exempel ordna anhörigträffar, bjuda in till informationsmöten mm.

Kronologisk förteckning

1. Frihet – ansvar – kompetens. Grundutbildningens villkor i högskolan. U.
2. Regler för risker. Ett seminarium om varför vi tillåter mer föroreningar inne än ute. M.
3. Psykiskt stördas situation i kommunerna –en probleminventering ur socialtjänstens perspektiv. S.
4. Psykiatrin i Norden –ett jämförande perspektiv. S.

KUNGL. BIBL.
1992-03-05
STOCKHOLM

Statens offentliga utredningar 1992

Systematisk förteckning

Socialdepartementet

Psyiskt stördas situation i kommunerna

–en probleminventering ur socialtjänstens perspektiv. [3]

Psykiatri i Norden – ett jämförande perspektiv. [4]

Utbildningsdepartementet

Frihet – ansvar – kompetens. Grundutbildningens villkor i högskolan. [1]

Miljö- och naturresursdepartementet

Regler för risker. Ett seminarium om varför vi tillåter mer föreningar inne än ute. [2]

Systematisk förveckling

Socialdepartementet

- Psykiskt arbetsstämning : Kommentarer
-- en arbetsmarknadsundersökning av arbetsstämningens betydelse [1]
- Psykiatri i Sverige -- ett pågående projekt [4]

Utbildningsdepartementet

- Förberedelse -- konsekvenser av utbildningsförändringar i högstskolan [1]

Miljö- och naturvårdsdepartementet

- Regler för tillstånd : En konsekvensanalys av nya yrkesregler med förändringar i miljölagstiftningen [1]
-



