

OM INTERN SAMVERKAN I KOMMUNAL FÖRVALTNING

– kring äldre personer med psykiatrisk- och/eller
missbruksproblematik

EVA M. KARLSSON

Nestor FoU-centers skriftserie nr. 3:2023

FoU-rapport
Nestor FoU-center

2023

Nestor FoU-center ägs gemensamt av kommunerna Botkyrka, Haninge, Huddinge, Nacka, Nykvarn, Nynäshamn, Salem, Södertälje, Tyresö och Värmdö samt Region Stockholm. Vi vill genom praktknära forskning och utveckling bidra till en god kvalitet inom vården och omsorgen om äldre människor.

Nestor FoU-center
Marinens väg 30, 136 40 Handen
Hemsida: www.nestorfou.se
tel: 08-777 99 16
e-post: adm@nestorfou.se

Författare: Eva M. Karlsson
Titel: Om intern samverkan i kommunal förvaltning
– kring äldre personer med psykiatrisk- och/eller
missbruksproblematik

Nestor FoU-center 2023
ISSN: 1652-4608
ISBN: 978-91-85347-47-6

Nestor FoU-centers Skriftserie nr
© Nestor FoU-center
Citera oss gärna, men ange källan.

Förord

Denna rapport handlar om samverkan mellan en kommuns olika verksamhetsområden kring äldre personer med psykiatrisk- och/eller missbruksproblematik.

Den traditionella kommunala förvaltningsorganisationen uppdelad i olika verksamhetsområden grundar sig på tankar och omnämns i ord om specialisering, expertkunskap och effektivisering å ena sidan samt stuprör och gränsdragningar å andra sidan. Individens sammansatta behov passar inte alltid in i de gränsdragningar som skapats inom kommunal förvaltning. Äldre personer med psykiatrisk och/eller missbruksproblematik är en sådan grupp. Koordinering och samarbete över organisationsgränserna framhålls som viktiga för att personer inte ska ”falla mellan stolarna”. Medarbetarna som deltog i studien, som ligger till grund för denna rapport, gav konkreta förslag på vad som skulle kunna gynna samverkan mellan verksamhetsområdena. Det framkom att det kanske inte i första hand var samverkan som behövde utvecklas. Studien uppmärksammar hur skillnader i den formella strukturen, förutsättningar, arbetssätt och informella värden mellan verksamhetsområdena påverkar på vilket sätt stöd ges.

Eva Karlsson, projektledare på Nestor FoU-center genomförde denna studie på uppdrag av en av Nestors ägarkommuner hösten 2021/våren 2022. När resultaten från internrapporten presenterades för Nestors styrgrupp framhölls att lärdomarna var av värde för fler kommuner. Det fattades då beslut om att göra en omarbetning och publicera föreliggande rapport. Denna summering av de fynd som framkom i studien, gör att rapporten kan bidra i och berika diskussionen om organisering av framtidens socialtjänst och framför allt hur stödet till personer med psykiatrisk och/eller missbruksproblem kan stärkas och ge ökad trygghet och kontinuitet oavsett ålder.

Camilla Andersson

FoU-chef på Nestor FoU-center

Innehåll

SAMMANFATTNING	5
INLEDNING	7
SAMVERKAN – ORGANISATION – ÅLDER	8
<i>Samverkan</i>	8
<i>Organisation</i>	9
<i>Ålder</i>	10
MÅLGRUPPEN	11
SYFTE OCH METOD	11
SAMVERKAN MELLAN VERKSAMHETSOMRÅDEN	13
VERKSAMHETERNA	13
ÅLDER SOM GRÄNS	14
BEFINTLIG SAMVERKAN	15
<i>Samverkan i överföringen från vuxenhet till äldreomsorg</i>	16
<i>Samverkan kring klienter som upptäcks inom äldreomsorgen</i>	17
FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SAMVERKAN	18
<i>Kunskap om varandra</i>	18
<i>Kunskap om målgruppen</i>	19
FÖRUTSÄTTNINGAR I ARBETET	20
<i>Handläggarna</i>	21
<i>Insatser och utförande</i>	22
FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SAMVERKAN – MEDARBETARNAS FÖRSLAG	24
SLUTDISKUSSION	26
SAMVERKAN – SAMORDNING – SAMARBETE	26
STRUKTUR OCH KULTUR FÖR SAMVERKAN	27
SKILDA LOGIKER	28
REFERENSER	30

Sammanfattning

I denna rapport diskuteras resultaten från ett projekt Nestor bedrev om samverkan mellan å ena sidan en kommuns vuxenhet i form av socialpsykiatri och missbruksenhet och å andra sidan samma kommuns äldreomsorg. Syftet med projektet var dels att beskriva ett nuläge för hur samverkan fungerade mellan verksamhetsområdena, och att dels ge förslag på hur samverkan mellan områdena skulle kunna utvecklas. Genom att utveckla samverkan fanns en ambition att motverka de negativa konsekvenser som uppdelningen av olika verksamheter kan innebära, för att istället kunna erbjuda ett så gott stöd och god omsorg som möjligt till de klienter man möter.

Det visade sig att även om medarbetarna inom de aktuella verksamhetsområdena var positiva till att samverka, så skedde inte detta i någon högre grad. En anledning till det var att man saknade direktiv från ledningen kring när, hur och varför samverkan skulle ske. Här fanns dock en skillnad mellan samverkan kring klienter som överfördes från vuxenheten till äldreomsorgen, och de klienter som upptäcktes inom äldreomsorgen. För överföringsprocessen från vuxenheten fanns en överenskommelse om samverkan med äldreomsorgen. I överenskommelsen fanns nedtecknat när och hur kontakter kring klienten skulle tas mellan verksamhetsområdena. Det var också i denna överföringsprocess som en viss samverkan skedde. Ett förslag från medarbetarna var att en överenskommelse kring samverkan kring den aktuella målgruppen, utöver den för överföringsprocessen, skulle tas fram av ledningen.

Andra förslag från medarbetarna för att gynna samverkan mellan verksamhetsområdena var att:

- genomföra gemensamma utredningar,
- följa upp klienter som överförts från vuxenheten till äldreomsorgen efter en tidsperiod,
- arbeta i team med målgruppen,
- medarbetarna skulle kunna auskultera hos varandra,
- ha gemensamma möten eller gemensamma workshops där man dels skulle kunna berätta för varandra om sitt arbete, dels ta upp anonymiserade eller fabricerade fall för gemensam diskussion eller reflektion,
- samlokalisera handläggarna i gemensamma lokaler.

Det visade sig dock tidigt i möten med medarbetarna att det de såg som det stora problemet inte var bristen på samverkan. Istället talade man om att verksamhetsområdena skilde sig åt i så hög grad. De arbetssätt, resurser och insatser som fanns inom vuxenheten skilde sig i hög grad från arbetssätt, resurser och insatser inom äldreomsorgen. Medan vuxenheten hade en rehabiliterande inriktning i sitt arbete med klienterna, så arbetade äldreomsorgen mer bevarande och passivt. Verksamhetsområdena arbetade också utifrån olika ersättningsystem. Inom vuxenheten fanns det utrymme för flexibilitet i mötet med klienterna där boendestödare hade möjlighet att lägga tid på att motivera klienten att själv utföra saker. Inom hemtjänsten fick

verksamheterna ersättning för de beslutade insatser som utfördes och utrymmet för flexibilitet var litet.

Ett sätt att förstå dessa skillnader mellan vuxenhet och äldreomsorg är att se dem som att verksamheterna agerade inom ramen för två olika logiker, födda ur en kategorisering av människor utifrån ålder. Utöver att de olika logikerna är problematiska i sig i förhållande till socialtjänstlagens formuleringar om jämlikhet och delaktighet, så påverkar de också förutsättningarna för samverkan mellan verksamhetsområdena på ett negativt sätt. En åtgärd för att öka förutsättningarna för samverkan mellan vuxenhet och äldreomsorg torde utifrån detta vara att minska skillnaderna i inriktning, resurser och arbetssätt mellan de bedömningar som görs och insatser som ges inom de båda verksamhetsområdena.

Inledning

I denna rapport diskuteras resultaten från ett projekt Nestor bedriv i en av sina ägarkommuner. I fokus för projektet stod samverkan mellan å ena sidan kommunens socialpsykiatri och missbruksenhet och å andra sidan kommunens äldreomsorg. Syftet med projektet var att dels beskriva ett nuläge för hur samverkan fungerade mellan verksamhetsområdena, och att dels ge förslag på hur samverkan mellan områdena skulle kunna utvecklas. Genom att utveckla samverkan fanns en ambition att motverka de negativa konsekvenser som uppdelningen av olika verksamheter kan innebära, för att istället kunna erbjuda ett så gott stöd och god omsorg som möjligt till de klienter man möter.

Ofta när det talas om samverkan kring äldre personer i behov av stöd så är det samverkan mellan region och kommun som står i fokus. Ett exempel är den statliga utredningen *Effektiv Vård* (SOU 2016:2) som pekar på problemet med en fragmenterad vård och omsorg, där stuprörstänkande leder till splittrad styrning, ineffektiva verksamheter, risk för misstag och otrygghet hos såväl personal, klienter som anhöriga. Men även inom dessa huvudmäns egna organisationer finns gränser som är kopplade till organiseringen av de verksamheter man bedriver, och också här kan talas om brister i samverkan, ”stuprör”, ”falla mellan stolarna” och ”otrygghet för den enskilde”.

En grupp som lätt kan komma i kläm när det handlar om att få stöd från socialtjänsten är äldre klienter med psykiatrisk- och/eller missbruksproblematik.¹ I vissa fall har dessa klienter fått stöd sedan tidigare genom socialpsykiatri och/eller missbruksenhet, men när de uppnått 65 år så ingår de istället i en grupp som förväntas få stöd genom äldreomsorgen. Olika kommuner hanterar övergången mellan socialpsykiatri/missbruksenhet och äldreomsorg på olika sätt. I somliga kommuner kan personer som blivit beviljade insatser genom dessa verksamheter innan de fyllt 65 år få behålla insatserna även efter att de uppnått 65 år och kostnaden kvarstår hos den verksamhet som beviljat dem. I andra kommuner kan äldreomsorgen stå för kostnaden för insatserna även om de utförs genom en annan förvaltning, i ytterligare andra kommuner utvecklar äldreomsorgen egna insatser för att möta behoven hos den aktuella gruppen. Men i många fall finns inom äldreomsorgen vare sig resurser i form av ekonomi eller kunskap för att möta gruppens behov på ett tillfredsställande sätt.

Utöver detta tillkommer en större grupp av klienter med psykiatrisk- och/eller missbruksproblematik som upptäcks inom äldreomsorgen eller efter de fyllt 65 år. För dessa klienter är ingången till socialtjänsten genom socialpsykiatri/ missbruksenhet till största delen stängd.² Demografiska prognoser visar dessutom att människor lever allt längre, vilket även

¹ Med missbruksproblematik avses i denna rapport en problematik kopplad till missbruk av alkohol och/eller droger.

² Vissa behandlande insatser kan fortfarande erbjudas genom kommunens missbruksenhet även när en klient passerat 65 år.

inkluderar även personer med psykiatrisk- och/eller missbruksproblematik. 2020 var nästan var femte invånare över 65 år, 2070 beräknas var fjärde invånare vara över 65 år (SCB 2023). Forskning visar också att alkoholkonsumtionen bland äldre personer ökar, med en större alkoholrelaterad problematik för socialtjänsten att hantera som följd (Gunnarsson & Karlsson 2017). För att kunna erbjuda den aktuella målgruppen ett så gott stöd som möjligt, vare sig de fått stöd eller inte genom socialtjänsten sedan tidigare, lyfts ofta samverkan fram som en lösning.

Samverkan – Organisation – Ålder

Projektet handlade om samverkan, men i sammanhanget var även organisation och ålder fenomen att ta hänsyn till. Hur olika verksamheter organiserar sig är en faktor som påverkar förutsättningarna för samverkan. Ålder är den gräns som avgör vilken av verksamhetsområdena som ansvarar för bedömningen av klientens behov samt de insatser som hen erbjuds. Nedan följer därför en kort genomgång av fenomenen samverkan, organisation och ålder.

Samverkan

Samverkan är ett begrepp som kan förstås på olika sätt av olika personer och i olika sammanhang och som också ligger nära begreppen samarbete och samordning. Hälsoforskarna Runo Axelsson och Susanna Bihari Axelsson (2014) definierar begreppen på följande sätt:

- *Samarbete* – kännetecknas av frivilliga överenskommelser, ömsesidigt utbyte och lärande mellan berörda verksamheter. Samarbete bygger på engagemang och vilja att arbeta tillsammans.
- *Samordning* – syftar till att koordinera aktiviteter inom olika verksamheter så att de görs vid rätt tillfälle och vid rätt tidpunkt, och behöver inte innebära något gemensamt handlande eller några konkreta möten mellan verksamheterna.
- *Samverkan* – det gemensamma arbetet baseras på beslut uppifrån, men besluten är tillräckligt öppna för att ge utrymme för frivilliga överenskommelser och ömsesidigt utbyte och lärande. Samverkan inrymmer beståndsdelar av både samordning och samarbete och kan också ses som ett samlingsbegrepp för dessa begrepp.

I praktiken används dock begreppen på olika sätt. Ibland som synonyma eller med olika innebörd i olika situationer och för olika personer. I rapporten finns inte någon ambition att definiera om det är samverkan, samordning eller samarbete medarbetarna syftar på i sina utsagor. Istället är utgångspunkten den gemensamma nämnaren för begreppen, det vill säga att det handlar om kontakter mellan olika organisationer eller verksamheter och hur de interagerar med varandra (Rundgren et al. 2022). I läsningen av rapporten ska begreppet ”samverkan” förstås som ett övergripande begrepp som inkluderar ovan nämnda fenomen.

Förutsättningar för samverkan

Tidigare forskning visar att det finns en rad faktorer som hindrar alternativt underlättar samverkan eller kontakterna och relationen mellan olika verksamheter. Dessa faktorer kan delas in i strukturella respektive kulturella förutsättningar.³

De *strukturella förutsättningarna* kan exempelvis bestå av lagar och regler, teknisk infrastruktur, organisationsstrukturer samt tillgång till/avsaknad av tid för samverkan. Bland annat lyfts lagar om sekretess och informationsöverföring fram som faktorer som kan försvåra samverkan (Auschra 2018). Skillnader i organisationsstruktur kan enligt Knoben & Oerlemans (2006) exempelvis handla om beslutsprocesser som ser olika ut i olika organisationer genom att vara mer eller mindre centralstyrda eller decentraliserade; olika rutiner för dokumentation, uppföljning och kontroll; olika metoder och arbetssätt samt skillnader i den tid som avsatts för samverkan. De strukturella hindren kan ofta lösas genom formella beslut, till exempel i gemensamma överenskommelser där förväntningar, åtaganden och roller tydliggörs (Svensson et al. 2001). För att en sådan överenskommelse ska fungera i praktiken krävs också att samverkansarbetet prioriteras och stöds av de aktörer som har mandat att göra detta. Det kan exempelvis handla om att ledningarna i berörda organisationer backar upp samverkansarbetet, avsätter tillräckliga resurser och tar de nödvändiga besluten (Åhlfeldt 2017).

De *kulturella förutsättningarna* handlar istället om informella sociala regler, vanor och etablerade sätt att tänka och agera. Skillnader i organisationskultur, föreställningar, normer och värderingar mellan olika organisationer kan försvåra samverkan. Det kan skapa bristande tillit som gör det svårt att kommunicera. Det kan också försvåra förståelsen för varandras uppdrag, metoder och arbetssätt. Utöver det kan ojämlika maktrelationer inom och mellan verksamheter hämma en fungerande samverkan. Det kan leda till konflikter och att olika verksamheter börjar försvara sina egna intressen snarare än att se till det bästa för klienten (Andersson et al. 2011).

De kulturella hindren kan inte på samma sätt som de strukturella hindren hanteras genom formella beslut. Det är istället viktigt att ägna tid åt att bygga tillitsfulla relationer och etablera en gemensam vision och gemensamma mål för samverkansarbetet (Karam et al. 2018). Det är också viktigt med ett ledarskap som kan skapa engagemang runt de gemensamma målen, samt att det finns en balans mellan olika perspektiv och att alla berörda aktörer involveras i samverkansarbetet. Det främjar en känsla av delaktighet och att alla perspektiv är viktiga vilket kan ha en positiv inverkan på samverkansarbetet (Stolp et al. 2017, Seaton et al. 2018).

Organisation

En vanlig organisationsmodell i kommuner är att dela in sig i olika verksamhetsområden eller förvaltningar. Det kan i en kommun exempelvis finnas kultur- och fritidsförvaltning, utbildningsförvaltning, stadsbyggnadsförvaltning samt en socialförvaltning. Inom exempelvis

³ Avsnittet om strukturella och kulturella förutsättningar för en fungerande samverkan är inspirerat av avsnittet med samma rubrik i rapporten *När samverkan ställs på sin spets* (Åhlfeldt & Lieberman-Ram 2021).

en socialförvaltning är det i sin tur vanligt med en uppdelning i enheter specialiserad utifrån vilken målgrupp, problematik, ålder de riktar sig till.

Om kommunen är en övergripande organisation kan de olika förvaltningarna ses som *organisatoriska enheter*, det vill säga separata organisationer inom organisationen (Jacobsen & Thorsvik 2008). Varje förvaltning har då sitt specifika verksamhetsområde, där de uppgifter samlats som hör samman med området. Den övergripande strukturen för organiseringen inom förvaltningarna kan vara i princip densamma, till exempel förvaltningsdirektör, stab, myndighet och utförarverksamheter. Men i praktiken kan de skilja sig på många sätt, till exempel när det gäller resurser, inriktning, kultur med mera.

Fördelarna med en indelning i olika förvaltningar är bland annat en närhet och god kännedom om det aktuella verksamhetsområdet och att det kan underlätta för anpassningar till externa påbud och förändringar som påverkar verksamheten. Nackdelar är att man kan gå miste om kompetens som finns i andra delar av organisationen som helhet samt en distans och eventuell konkurrens om resurser mellan delarna i den övergripande organisationen.

Hur en verksamhet är organiserad påverkar det arbete som bedrivs inom respektive förvaltning och hur samverkan sker eller inte sker inom organisationen som helhet.

Ålder

Som en gräns i indelningen av människor i olika kategorier har den kronologiska åldern en framskjuten position, här är 65 år en vanlig gräns för när en person räknas som "äldre", så även när det handlar om personer i behov av stöd från socialtjänsten för att klara sin vardag. I och med att en person uppnår 65 år är det vanligt att eventuella stödinsatser från exempelvis socialpsykiatri och missbruksenhet övergår till äldreomsorg. I sammanhanget är det värt att påpeka att debutantåldern inom äldreomsorgen sällan är 65 år, istället är det vanligaste att personer med stöd från äldreomsorgen blivit beviljade insatser för första gången efter att de fyllt 80 år (Lagergren 2018, SCB 2019).

Ålder är ett fenomen som går att betrakta på olika sätt. Inom socialgerontologin talas ofta om kronologisk, biologisk, psykologisk och social ålder (Tornstam 2018). *Kronologisk ålder* kan beskrivas med en siffra som talar om hur många år en person levit. *Biologisk ålder* handlar om de fysiska åldrandeprocesser som sker i människors kroppar. *Psykologisk ålder* utgår från hur hjärnan förändras, som påverkar hur vi uppfattar och samspelar med omvärlden. *Social ålder* handlar om föreställningar kring ålder och åldrande som finns i det omgivande samhället, som påverkar synen på och bemötandet av äldre personer. Det påverkar också individens syn på det egna åldrande. Detta innebär att även om 65 år ofta är en administrativ gräns för vem som är äldre, så kan individers biologiska, psykologiska, och sociala åldern skilja stort inom gruppen, vilket också medför att behoven kan variera stort mellan olika personer även om de uppnått samma kronologiska ålder. Hur en persons åldrande blir och upplevs påverkas av de livsvillkor och levnadsförhållanden en person befinner sig inom, vilket är kopplat till faktorer som kön, etnicitet, socioekonomisk tillhörighet, funktionsförmåga, könsidentitet med mera. Till exempel

har skillnader i hälsa och livslängd mellan olika socioekonomiska grupper ökat i Sverige sedan mitten av 1980-talet (Folkhälsomyndigheten 2021).

Ett sätt att tänka kring ålder handlar om livsförlopp. Krekula et al. (2005) beskriver arbetslivet som en grundläggande faktor för differentieringen av livsförloppet och dess faser. De menar utifrån detta att den del av befolkningen som befinner sig i yrkesverksam ålder utgör en norm som förknippas då med autonomi, rättigheter och ansvar. Barn och äldre personer är enligt Krekula et al. marginaliserade och ses som ”becomings” respektive ”has beens” i förhållande till arbetsmarknaden och är därmed avvikande från den gällande åldersnormen som kategoriseras som ”beings” (jfr. Jönson 2021). Det innebär också att de framställs som osjälvständiga och utan samma autonomi och sociala rättigheter samt ansvar som personer i yrkesverksam ålder har.

Målgruppen

Att ge en enhetlig beskrivning av de klienter som berörs i rapporten, det vill säga äldre personer med psykiatrisk- och/eller missbruksproblematik, är i princip ogörligt. Gemensamt för de som ingår i gruppen är dock att de är i behov av någon form av stöd från socialtjänsten i sin vardag. En annan gemensam nämnare är att de som ingår i gruppen omgärdas av stereotypa föreställningar om hur de är eller vad som kan förväntas av dem. För personer med psykiatrisk- och/eller missbruksproblematik är dessa föreställningar till stor del negativt laddade (SOU 2023:5), där exempelvis kriminalitet och våld är företeelser som ofta sammankopplas med missbruksproblematik. Här finns även en syn på gruppen som att man själv orsakat och bär ansvar för den sjukdom eller det tillstånd man befinner sig i (Folkhälsomyndigheten 2022).

Äldre personer kan å ena sidan associeras med egenskaper som erfarenhet och visdom, vilket kontrasterar mot å andra sidan föreställningar om försämrade mentala förmågor som också är förknippat med gruppen (Alftberg 2012). Här finns även bilderna av den äldre personen som en aktiv globetrotter kontra den sjuke och skröplige åldringen. De positiva bilderna av äldre personer handlar ofta om att de uppfattas som ungdomliga och att de gör saker *trots* sin höga ålder. På så sätt görs det som uppfattas som positiva egenskaper till individuella egenskaper, medan det som uppfattas som negativt (skröplighet, förlorade mentala förmågor etc.) ses som kollektiva egenskaper för gruppen äldre personer (Blaakilde 1999). Det innebär att även om det existerar både positiva som negativa stereotyper av äldre personer, så utgår båda från föreställningen om äldre som skröpliga såväl fysiskt som psykiskt. När det gäller psykiatrisk- och/eller missbruksproblematik är det egenskaper som inte förknippas med äldre personer, vilket leder till ett osynliggörande av denna grupp.

Syfte och metod

Syftet med denna studie var att undersöka hur samverkan mellan vuxenheten och äldreomsorgen fungerade i aktuell kommun och ge förslag på hur samverkan mellan verksamhetsområdena skulle kunna utvecklas. För att få kunskap om förhållandet mellan vuxenheten och äldreomsorgen samlades data in med hjälp av en enkät, intervjuer och en

workshop. Dessa moment riktade sig till medarbetare på olika nivåer och positioner inom respektive verksamhetsområde. Enkäten tog upp frågor kring samverkan samt åldersgränsen 65 år. I intervjuer och workshop fördjupades sedan den kunskap som framkommit genom enkäten.

Utöver detta granskades lokala styrdokument, en litteratursökning genomfördes samt frågor kring hanteringen av den aktuella målgruppen skickades till ett antal andra kommuner i Stockholmsområdet samt gick ut via ett par av SKR:s digitala samarbetsrum. Ett stöd i projektet, och även en källa till data, var den samarbetsgrupp som hade regelbundna möten under projektiden. Gruppen bestod av medarbetare från de båda verksamhetsområdena som deltog i projektet.

Sammantaget gav detta en god inblick i de förutsättningar och utmaningar medarbetarna hade att hantera i sitt arbete med målgruppen när det gällde samverkan mellan verksamhetsområdena. Men det tydliggjorde även annan problematik som låg utanför det ursprungliga uppdraget.

Samverkan mellan verksamhetsområdena

Under denna rubrik redovisas resultat från projektet. Här finns medarbetarnas beskrivningar av hur det varit tidigare, uppfattningar om hur det fungerade i nuläget samt tankar om hur det skulle kunna fungera.

Behovet av att utveckla samverkan grundade sig i den organisationsstruktur som verksamhetsområdena befann sig inom. Varje verksamhet hade sitt ansvarsområde och sin budget att hantera, vilket kunde medföra att helhetssynen på klienten gick förlorad och motverkade möjligheten för denne att få rätt stöd utifrån hela sin livssituation. Att samverka blev ett sätt att överskrida de gränser som fanns mellan verksamheterna och verksamhetsområdena.

Verksamheterna

De verksamhetsområden som innefattades i det aktuella projektet var som nämnts kommunens vuxenenheter och äldreomsorg. De verksamheter från vuxenheten som ingick i projektet var socialpsykiatri och missbruksenheten. Varje verksamhet hade sitt ansvarsområde och sin budget att förhålla sig till. Den övergripande strukturen var i princip likadan inom respektive verksamhetsområde och bestod av stab/ledning, myndighet och utförarverksamheter. Samtliga verksamheter utgick från socialtjänstlagen i sitt arbete, utöver det fanns också lokala riktlinjer som förtydligade verksamheternas uppdrag.

Sammanfattningsvis kan sägas att medan socialpsykiatri och missbruksenhetens riktlinjer i mycket påminde om varandra, så skiljde de sig från äldreomsorgens riktlinjer på flera sätt. Ett exempel på det är att riktlinjerna inom socialpsykiatri och missbruksenheten betonade den rehabiliterande avsikten med de insatser som beviljades, något som inte fanns med i riktlinjerna för äldreomsorgen. Att riktlinjerna för socialpsykiatri och missbruk betonar förändring medan riktlinjerna för äldreomsorg är mer passiva och betonar ett bevarande av sakernas tillstånd är något som går igen även i många andra kommuners riktlinjer och är alltså inte unikt för den aktuella kommunen.

Nedan följer en sammanställning av de olika verksamheternas uppdrag inklusive exempel på insatser som tillhandahålls. Sammanställningen bygger på den aktuella kommunens riktlinjer för verksamheterna.

Social- psykiatri	<i>Socialpsykiatri</i> n utreder behov och ger stöd till personer upp till 65 år med skilda psykiatriska diagnoser som har ett behov av socialt stöd. I uppdraget ingår inte några behandlande insatser, dessa är regionen ansvariga för. Insatser som beviljas genom socialpsykiatri har oftast en rehabiliterande inriktning. I och med att en klient fyllt 65 år upphör socialpsykiatrins ansvar för hen och ansvaret övergår i stället till äldreomsorgen.	<i>Exempel insatser:</i> personligt ombud, boendestöd, samordnarskap, sysselsättning/arbetsrehabilitering, sysselsättning/gruppverksamhet, social kontaktperson, stödboende, boende med särskilda serviceinsatser.
Missbruks- enhet	<i>Missbruksenheten</i> utreder behov och ger socialt stöd och viss behandling till klienter i åldern 20 till 65 år med missbruk/beroende av alkohol, droger och spel. Personer med missbruksproblematik kan även få behandling för detta genom regionen. ^{4, 5} Insatser som beviljas genom missbruksenheten har en rehabiliterande inriktning. I och med att en klient fyllt 65 år upphör missbruksenhetens ansvar för hen till stora delar, vissa behandlande insatser kvarstår dock. Övrigt ansvar övergår till äldreomsorgen.	<i>Exempel insatser:</i> motivationsinsatser i öppna former, uppsökande verksamhet, beroendebehandling, boendestöd, samordnarskap, arbetsrehabilitering, stödboende, boende med särskilda serviceinsatser.
Äldre- omsorg	<i>Äldreomsorgen</i> utreder behov och ger stöd till personer över 65 år som är i behov av stöd för att klara sin vardag. Insatser som beviljas genom äldreomsorgen ska underlätta för den enskilde att leva ett så normalt och självständigt liv som möjligt, samt i första hand inriktas mot att möjliggöra för den enskilde att bo kvar i det egna boendet samt tillförsäkra den enskilde en skälig levnadsnivå.	<i>Exempel insatser:</i> städning, tvätt, inköp, promenad, matdistribution, personlig hygien, toalettbesök, stöd att förflytta sig i bostaden, trygghetslarm, tillsyn/motivation, dagverksamhet, vård- och omsorgsboende, korttidsboende

Ålder som gräns

Gränsen mellan socialpsykiatri och missbruksenhet utgick från klientens problematik, medan gränsen mellan vuxenenhet och äldreomsorg utgick från om klientens ålder, oavsett vilken problematik hen hade. En avgörande faktor blev istället om klienten fyllt 65 år eller inte. Bland medarbetarna gick meningarna isär kring 65 år som en lämplig gräns mellan vuxenenheten och äldreomsorgen. Somliga menade att 65 år var en bra åldersgräns, andra menade att den borde

⁴ I januari 2023 överlämnade samsjuklighetsutredningen sitt slutbetänkande *Från delar till helhet* (SOU 2023:5). Här framfördes förslag om att föra över all behandling även inom missbruksområdet till Regionen. Detta kan komma att påverka hur kommunen utformar sitt stöd till personer med missbruksproblematik, i nuläget är det dock oklart och osäkert om och när en sådan förändring i så fall skulle ske.

⁵ Mellan Region Stockholm och kommunerna i Stockholms län finns en överenskommelse om samverkan kring personer med missbruksproblematik (KSL 2020).

vara högre, exempelvis någonstans kring 70-75 år. Ett fåtal menade att det kunde vara bra med en lägre åldersgräns för att möta behov som även kunde finnas hos yngre klienter. Ytterligare andra ansåg att det inte borde finnas någon åldersgräns alls, utan att man istället borde låta behoven styra vilka insatser en person beviljas. De menade då att det blir fel att utgå från ålder, eftersom behoven varierar och inte är knutna till ålder.

Ibland har vi personer som är under 65 år som är i behov av SÄBO. Vi har också personer som snart ska fylla 65 år och som har arbetsträning och som inte alls är redo för pension. (medarbetare vuxenenheten)

Även om meningarna gick isär så ansåg många att det behövdes någon form av åldersgräns att förhålla sig till när en person var i behov av stöd från socialtjänsten, men att det borde finnas en flexibilitet inbyggd i åldersgränsen. Hur denna flexibilitet skulle kunna se ut var ganska svävande, men ofta handlade det om tid i överföringsprocessen och att klienten skulle kunna få behålla de insatser hen beviljats inom vuxenenheten och inte på grund av sin ålder bli av med dem. Men det fanns också röster som var tveksamma eller negativa till att ha en större flexibilitet kring åldersgränsen.

Det är bättre med tydlighet utan undantag. Annars blir det mer och mer undantag.
Till slut är alla undantag! (Medarbetare äldreomsorgen)

Flera medarbetare pekade på att i slutändan så var det den enskilde klienten som drabbades av 65-årsgränsen. En klient som tidigare utretts och beviljats stöd genom vuxenenheten skulle i samband med överföringen få sina behov omprövade inom äldreomsorgen, där man utgick från andra typer av behov och hade andra insatser att erbjuda. Man menade att det kan vara frustrerande och svårt att förstå för en klient som tidigare fått insatser genom vuxenenheten varför dessa skulle förändras bara för att hen fyller 65 år.

Även om 65-årsgränsen inte blev lika abrupt för personer över 65 år som inte tidigare beviljats insatser genom vuxenenheten så påverkade den självklart även dessa klienters tillvaro. Men i talet om åldersgränsen så hamnade denna grupp i skymundan och fokus hamnade på personer som överfördes från vuxenenheten till äldreomsorgen. Samtidigt menade många att det är viktigt att uppmärksamma även äldre klienter som inte tidigare fått stöd genom vuxenenheten eftersom gruppen äldre förväntas att bli allt större. Och i och med att gruppen äldre personer växer så innebär det även att gruppen äldre med psykiatrisk- och/eller missbruksproblematik kommer att öka.

Befintlig samverkan

Samverkan är ett begrepp som ofta nämns som en lösning på problem där fler än en aktör är inblandad. Inte lika ofta definieras vad som menas med samverkan i det specifika sammanhanget. I samtalen med medarbetare från de båda verksamhetsområdena stod det klart att man använde begreppet på olika sätt, dels utifrån sin egen tolkning av begreppet, dels utifrån

den situation man talade om eller befann sig i. I praktiken kunde samverkan handla om allt från tillfälliga kontakter mellan individer och verksamheter, till samverkansöverenskommelser som beslutats i en politisk nämnd.

I intervjuerna och enkäten togs frågan om den befintliga samverkan upp, och hur man tyckte att den fungerade. I princip samtliga var positiva till att samverka, både runt den enskilde individen och i utvecklingen av verksamheterna. På frågan om hur den befintliga samverkan mellan verksamhetsområdena, kopplat till målgruppen, såg ut så var dock de flesta eniga i att någon sådan inte skedde någon större utsträckning. Medarbetare från vuxenenheten hade vid ett par tillfällen genomfört utbildningsinsatser hos äldreomsorgen, exempelvis föreläst om missbruk vid ett vård- och omsorgsboende. Medarbetare från vuxenenheten hade också deltagit i rekryteringen av en ny medarbetare till det boendestöd för äldre personer som var under uppbyggnad, genom att ge råd i utformningen av en annons för tjänsten.

I dessa och ett fåtal liknande fall handlade det om sporadiska insatser initierade ute i verksamheterna. Något som flera medarbetare påpekade var vikten av en struktur för samverkan mellan verksamhetsområdena. Detta var något som man i nuläget saknade, vilket sågs som ett hinder för samverkan. För överföringen från vuxenenhet till äldreomsorg fanns visserligen en överenskommelse, men denna begränsade sig till själva processen för överföringen, och det var också i överföringen av klienter från vuxenenheten till äldreomsorgen som medarbetarna ansåg att det förekom samverkan. Samverkan mellan verksamhetsområdena kring klienter vars psykiatriska- och/eller missbruksproblematik upptäckts inom äldreomsorgen lös till stor del med sin frånvaro.

Samverkan i överföringen från vuxenenhet till äldreomsorg

När en klient som tidigare fått stöd genom vuxenenheten uppnått 65 år överfördes ansvaret för hen till äldreomsorgen. Socialpsykiatrians ansvar för klienten upphörde helt och för missbruksenheten upphörde det till största delen. Behandlingsdelen i missbruksenhetens uppdrag är som tidigare nämnts inte kopplad till ålder och kunde därför kvarstå även efter att personen fyllt 65 år, omsorgsdelen däremot övergick till äldreomsorgen.

För överföringen av en klient från vuxenenheten till äldreomsorgen fanns en lokal överenskommelse som beskrev processen. Överenskommelsen riktade sig till medarbetare inom myndighet inom respektive verksamhetsområde. Överenskommelsen var väl förankrad mellan socialpsykiatri och äldreomsorgen, men mindre förankrad mellan missbruk och äldreomsorgen. Det senare skulle kunna förstås i ljuset av att i förhållandet mellan socialpsykiatri och äldreomsorgen var 65-årsgränsen tydlig, när en klient fyllt 65 år skulle hen överföras till äldreomsorgen. Men när det gällde förhållandet mellan missbruksenheten och äldreomsorgen såg det annorlunda ut. Där hade somliga klienter tidigare fått fortsatt stöd genom missbruksenheten även efter att de fyllt 65 år, oftast i form av boende eller boendestöd.

I överenskommelsen fanns rutiner för överföringsprocessen som bland annat klargjorde hur långt i förväg kontakter skulle tas mellan verksamhetsområdena, att det skulle ske gemensamma

möten med vissa tidsintervall, att det skulle ske en gemensam planering med mera. Efter att överföringsprocessen från vuxenheten till äldreomsorgen var avslutad så upphörde kontakterna kring klienten, och äldreomsorgen hade övertagit ansvaret för denne.

Det fanns delade meningar om vad som egentligen menades med samverkan i samband med överföringsprocessen. Medan många menade att det var där som samverkan mellan verksamhetsområdena skedde, så ansåg andra att det som skedde i överföringsprocessen inte handlade om samverkan. Man menade att samverkan handlar om att arbeta tillsammans, medan det som skedde i överföringsprocessen istället handlade om informationsöverföring. Men oavsett om man tyckte att överföringsprocessen handlade om samverkan eller inte så var de flesta överens om att det var här som de flesta kontakterna mellan verksamhetsområdena skedde.

Samverkan kring klienter som upptäcks inom äldreomsorgen

Utöver de klienter med psykiatrisk- och/eller missbruksproblematik som överfördes från vuxenheten till äldreomsorgen när de fyller 65 år, så fanns även klienter med samma eller liknande problematik som upptäcktes inom äldreomsorgen utan att tidigare varit i kontakt med vuxenheten. Kring dessa personer skedde i princip ingen samverkan över huvud taget. Samtidigt menade många att det här var en större grupp än den som överfördes från vuxenheten, och att gruppen skulle komma att växa i och med att fler med psykiatrisk- och/eller missbruksproblematik blir allt äldre.

Om en klient med missbruksproblematik upptäcktes inom äldreomsorgen så kunde man därifrån göra en orosanmälan till missbruksenheten. Detta för att klienten skulle kunna bli utredd om det fanns behov av behandlande insatser från vuxenheten. Kunskapen inom äldreomsorgen att det gick att göra en sådan orosanmälan, och hur det i så fall skulle gå till, var dock låg. En konsekvens av detta var att orosanmälningar från äldreomsorgen var väldigt ovanligt. Detta avspeglade sig också hos missbruksenheten som sällan mottog några orosanmälningar från äldreomsorgen.

Jag känner inte till någon person som det kommit en orosanmälan om från äldreomsorgen. Har hört talas om det, kanske en gång under flera år. (medarbetare vuxenheten)

För personer med psykiatrisk problematik där det fanns behov av behandling skulle inte äldreomsorgen vända sig till socialpsykiatri med orosanmälningar eftersom det inte ingick några behandlande insatser i deras uppdrag. Några medarbetare inom äldreomsorgen menade att man skulle kontakta primärvården i dessa fall medan andra menade att man inte fick eller skulle göra det. Ytterligare andra hade försökt få hjälp genom regionens äldrepsykiatri, men fått till svar att det inte ingick i deras uppdrag att stötta äldreomsorgen i dessa fall. Här fanns en tydlig okunskap om vad man kunde göra, och en frustration hos medarbetare över att man inte visste hur man kunde få hjälp för och med gruppen äldre personer med psykiatrisk problematik.

Förutsättningar för samverkan

För att samverkan ska fungera på ett tillfredsställande sätt behöver förutsättningarna för det finnas. Något som medarbetarna såg som en brist kopplat till detta var den stora personalomsättningen inom verksamheterna som man ansåg motverkade en kontinuitet i samverkan. Även omsättningen på chefer sågs som ett problem, då olika chefer hade olika driv i frågan om samverkan. Hur samverkan prioriterades och sågs som viktig blev på så sätt bundet till vilken chef som för tillfället ledde verksamheten.

Något som stack ut i samtal med medarbetarna var bristen på kunskap om varandra och förståelsen av den problematik en klient kunde ha. Utöver det skilde sig förutsättningarna i arbetet mellan vuxenenhet och äldreomsorg. Även om inte dessa företeelser omtalades direkt som förutsättningar eller hinder för samverkan så hade de en stor betydelse i sammanhanget. På grund av detta ägnas följande avsnitt åt dessa saker.

Kunskap om varandra

Tidigt i studien blev det tydligt att kännedomen om varandra mellan verksamhetsområdena var liten, både när det gällde personkännedom och kunskap om varandras uppdrag och förutsättningar. Såväl inom vuxenenheten som äldreomsorgen var det exempelvis flera medarbetare som tog upp att de saknade kännedom om de som arbetade inom det andra verksamhetsområdet. Detta var något som gällde både handläggare och inom utförarverksamheterna och som lyftes fram som en brist som försvårade samverkan. I både intervjuer och i enkätsvar fanns synpunkter kopplat till vikten av att ”få ett ansikte” på varandra. Att känna till personen som man skulle kontakta sågs av många som något som skulle underlätta samverkan.

Men det fanns också åsikter om vikten av att ”få ett ansikte” och lära känna varandra var överdrivet och att man inte behöver känna och veta allt om alla, det måste kunna fungera ändå.

Medarbetare 1 äldreomsorg: Man kan ha respekt för varandra utan att känna till alla. Man behöver förstå gränserna för varandras uppdrag och så vidare, men inte kunna allt om varandra. Bättre relationer vore bra, utan att veta exakt om de andra.

Medarbetare 2 äldreomsorg: Ja måste vi verkligen veta så mycket om varandra? Kan man inte ha respekt och samarbeta ändå? Förut var vi i samma kontor men det var likadant då.

Oavsett synpunkter på om det är viktigt eller inte att komma närmare och ha ett ansikte på varandra, så var man överens om att i nuläget var det något man inte hade.

Men utöver avsaknaden av personkännedom mellan verksamhetsområdena så fanns det även brister i kunskaper om varandras uppdrag och förutsättningar i arbetet.

Vi har ingen koll på hur de jobbar där och hur de ska jobba med våra klienter. Och vi har märkt att de inte har en aning om oss eller våra klienter. (medarbetare vuxenenheten)

Flera medarbetare både bland handläggare och vid utförarverksamheter inom vuxenenheten talade om att de kunde känna en oro i samband med att en klient skulle överföras till äldreomsorgen, en klient som man ibland haft kontakt med under flera år. Oron kopplades till att man inte visste hur äldreomsorgen skulle bemöta klienten och vilka insatser hen skulle få. Man kunde också känna en stress om en klient frågade vad som skulle hända när hen överförts till äldreomsorgen.

Missbruk och socialpsyk, vi har bra kunskap om varandra. Samma enhet, gemensamma möten. Men vi har inte full koll på äldreomsorgen. Vissa delar har man, men ofta blir det svårt att säga vad personen kan få. Vi får säga att ”ni får ansöka”. Sen vet jag inte hur det blir sen. (medarbetare vuxenenhet)

Citatet ovan visar på en konsekvens av den brist på kunskap om äldreomsorgen som återfanns inom vuxenenheten: dels en oro hos handläggaren för klientens välbefinnande, och dels ett försvårande av information till klienten. Detta var något medarbetarna inom äldreomsorgen höll med om till största del, men det fanns också ett ifrågasättande av om det verkligen var så.

Jag tror de har en hel del kunskap (om äldreomsorgen), men de vill vänta på att vi ska berätta de dåliga nyheterna för klienterna. (medarbetare äldreomsorg)

Det senare citatet illustrerar också den uppdelning i ett ”vi” och ”dom” som skymtade mellan verksamhetsområdena. Ett ”vi” och ”dom” som grundade sig föreställningar om varandra. Inbyggt i ”vi” och ”dom” fanns då ett ifrågasättande av den andres kompetens, arbetssätt, engagemang med mera. Eller som en medarbetare inom vuxenenheten uttryckte det:

”Hos ’oss’ utgår vi ifrån klientens behov, hos ’dom’ är det bara utifrån ålder”.
(medarbetare vuxenenhet)

Viktigt att påpeka är att det varierade mellan olika medarbetare hur stor kunskap och förståelse man hade om ”dom andra” och deras verksamhet. Vissa hade god insyn i det andra verksamhetsområdet, och kanske till och med hade arbetat inom någon verksamhet där. Andra hade inte funderat över det så mycket, medan ytterligare andra hade påtagligt lite kunskap om det andra verksamhetsområdets verksamhet och förutsättningar.

Kunskap om målgruppen

Vi fick veta att personen var i stort sett ren, inte missbrukade. Och så kommer den hit och har ett pågående missbruk! (medarbetare äldreomsorg)

Citatet ovan är från en medarbetare som berättar om en klient som överfördes från vuxenheten till äldreomsorgen. Den information man fått från vuxenheten innan överföringen var att klienten hade sitt missbruk under kontroll och att det inte var några problem, något som medarbetaren uppfattat som att klienten inte hade något pågående missbruk. Utifrån de olika perspektiven samt olika kunskap och erfarenhet från att arbeta med klienter med missbruksproblematik kunde förståelsen av situationen se olika ut när det handlade om vad en klient med missbruksproblematik var. En klient som man inom äldreomsorgen uppfattade som en person med missbruksproblematik, sågs inte alltid på samma sätt inom vuxenheten.

Denna skilda förståelse kunde i vissa fall leda till en misstänksamhet från medarbetarna inom äldreomsorgen. De kunde undra om den information man fått från vuxenheten var en skönmålning av situationen för att lättare få äldreomsorgen att ta emot en klient, eller om informationen överensstämde med hur det egentligen låg till. Från vuxenhetens sida menade de att orsaken till missuppfattningarna istället handlade om att medarbetarna inom äldreomsorgen inte var vana vid klienter med missbruksproblematik på det sätt som de var inom missbruksenheten, och därför målade upp en annan bild av vad ett missbruk är.

Både inom vuxenheten och äldreomsorgen ansåg man att det behövdes en ökad kunskap om målgruppen personer med psykiatrisk- och/eller missbruksproblematik inom äldreomsorgen. Både handläggare inom vuxenheten och äldreomsorgen menade exempelvis att det var ett problem om klienter med psykiatrisk- och/eller missbruksproblematik utreddes av handläggare som inte hade den rätta kompetensen för denna typ av utredningar, utan istället var specialister inom ett annat område.

Jag tycker att de behöver mer kunskap om missbruk eftersom de tar över personer i aktivt missbruk. Det är en helt annan typ av klienter än de är vana vid, man behöver ha en helt annan förkunskap för att inte riskera att det inte går vägen. (medarbetare vuxenhet)

Å andra sidan påpekade flera medarbetare att det vore en fördel om handläggarna inom vuxenheten hade större kunskap om åldrandets processer än vad man i nuläget hade. Inte minst eftersom personer med psykiatrisk- och/eller missbruksproblematik förväntades leva allt högre upp i åldrarna.

Förutsättningar i arbetet

Samverkan är nog inte bekymret, utan det är att insatserna som förändras så drastiskt för många individer. (medarbetare vuxenheten)

Trots att verksamheterna vid vuxenheten och äldreomsorgen till stor del utgick från samma lagstiftning, det vill säga socialtjänstlagen, så skiljde det mycket mellan arbetssätt och förutsättningarna i arbetet. I samtalen med medarbetare från såväl vuxenheten som

äldreomsorgen så menade man att det inte i första hand var samverkan som behövde utvecklas för att målgruppen äldre personer med psykiatrisk- och/ eller missbruksproblematik skulle kunna få ett så bra stöd som möjligt. Istället pekade man på skillnaderna mellan verksamhetsområdena som något som behövde åtgärdas.

Problemet är glappet mellan vuxenenheten och äldreomsorg. Insatsmässigt är det för stort. Vi har inget som motsvarar de insatser de haft tidigare. (medarbetare äldreomsorg)

I detta avsnitt presenteras flera av dessa skillnader som fanns både på myndighets- och utförarsidan. Skillnader som gav direkta konsekvenser i arbetet med den aktuella målgruppen, men som också kunde påverka förutsättningarna för samverkan mellan de båda verksamhetsområdena.

Handläggarna

Handläggarna inom vuxenenheten respektive äldreomsorgen arbetade på olika sätt och hade olika uppdrag, kompetenser och förutsättningar i sitt arbete. En grundläggande skillnad var att man inom vuxenenheten hade fokus på klientens sociala behov medan äldreomsorgen mer utgick från klientens fysiska behov. Detta avspeglade sig i de utredningar som gjordes inom respektive verksamhetsområde samt vilka beslut man kom fram till. Det avspeglade sig också i vilka kompetenser som efterfrågades hos medarbetarna inom de olika verksamhetsområdena. Handläggarna inom vuxenenheten ansåg sig ha god kunskap om psykiatrisk problematik respektive missbruk, men mindre kunskap om åldrandets processer. Handläggarna inom äldreomsorgen menade att de hade god kunskap om åldrandet och dess processer, men att de saknade den kunskap om psykiatrisk- och missbruksproblematik som man skulle behöva när man utredde dessa klienter.

Problematiken för handläggarna inom äldreomsorgen när det handlade om att möta den aktuella målgruppen handlade dock inte enbart om brister i kunskap inom områdena psykiatrisk- och missbruksproblematik. Även förutsättningarna i arbetet såg olika ut inom de olika verksamhetsområdena.

I äldreomsorgen har handläggarna drygt 100 ärenden, på missbruk har de 25 ärenden. De arbetar ju mer med socialt arbete, i äldreomsorgen handlägger man. Tiden till socialt arbete finns inte på äldreomsorgen. Handläggarna i äldreomsorgen jobbar inte med brukarna, hör av sig, lirkar, den tiden finns inte. Så har alltid handläggningen inom äldreomsorgen sett ut.⁶ (medarbetare äldreomsorgen)

⁶ Inom socialpsykiatri hade man 40 till 50 pågående ärenden per handläggare.

Medan handläggarna inom vuxenheten ofta hade kontinuerliga kontakter med sina klienter, så träffade handläggarna inom äldreomsorgen sina klienter endast vid något tillfälle i samband med utredningen, sedan kunde det dröja upp till ett år innan en uppföljning genomfördes. Uppföljningen kunde dessutom utföras av en annan handläggare.

För att öka kontinuiteten för de klienter som överfördes till äldreomsorgen hade ett par handläggare där fått i uppdrag att vara de som handlade dessa klienter. Detta var något bra ansåg man både från vuxenheten och från äldreomsorgen. Samtidigt var det en stor omställning för dessa handläggare, att gå från en typ av glesa kontakter som man var van vid från äldreomsorgen, till att ha tätare kontakter med klienter för samtal och för att ge stöd i tillvaron.

Det är ett annat arbetssätt, lite som socialsekreterare. Någon som vill ha telefonsamtal en gång i veckan för att stämma av lite. Som biståndshandläggare är man inte van att jobba så. (medarbetare äldreomsorgen)

Ett problem som lyftes av dessa handläggare var att förutom att handlägga de klienter som överfördes från vuxenheten så arbetade de fortsatt även med sina ”vanliga” klienter inom äldreomsorgen. Eftersom de klienter som överfördes från vuxenheten ofta tog mer tid i anspråk och krävde ett annat arbetssätt lät man förstå att det kunde vara svårt att hinna med att möta båda grupperna på ett bra sätt. Utöver det menade handläggarna att även om de utreder vilka behov en person med psykiatrisk- och/eller missbruksproblematik har, så hade de ofta inte insatser att bevilja som motsvarade behoven hos dessa klienter.

Vi bedömer enligt IBIC, det går ju att göra bra bedömningar om behoven. Men det måste ju finnas insatser som svarar mot behoven. (medarbetare äldreomsorgen)

I slutänden var man överens om från båda håll att det är klienterna som drabbas av de skilda förutsättningarna inom vuxenhet respektive äldreomsorg.

Insatser och utförande

På pappret kunde det se ut som att de insatserna de båda verksamhetsområdena hade att bevilja motsvarade varandra, till exempel boendestöd/hemtjänst; boende med särskild service/vård- och omsorgsboende; gruppverksamhet/dagverksamhet. Men i praktiken skiljde det ändå mycket både i innehåll i och mål för insatserna.

Det finns inte den typ av insatser som socialpsykiatri kan erbjuda inom äldreomsorgen. Det saknas motsvarighet till socialpsykiatriens rehabiliterande och stödjande insatser inom äldreomsorgen”. (medarbetare vuxenheten)

Även medarbetare inom äldreomsorgen uttryckte att de inte hade de insatser att erbjuda som den aktuella målgruppen var i behov av. De insatser som de kunde erbjuda var främst till för att stötta personer med nedsatta fysiska funktionsförmågor kopplade till ålder. Klienter över 65 år

med psykiatrisk- och/eller missbruksproblematik som tidigare fått insatser genom vuxenenheten hade ofta inte dessa åldersrelaterade problem och var därför i behov av en annan typ av stöd.

De insatser som främst diskuterades av medarbetare från båda verksamhetsområdena var boendestöd och hemtjänst. Många av de klienter som innan de fyllt 65 år fått stöd genom vuxenenheten hade varit beviljade just boendestöd. Vid en övergång till äldreomsorgen var det i de flesta fall istället hemtjänst som blev aktuellt, med insatser som inte motsvarade den enskildes behov.

Boendestöd var en insats som kunde beviljas inom vuxenenheten för att stärka den enskildes förmåga att hantera vardagslivet, både inom och utanför hemmet. Genom boendestödet fick den enskilde hjälp att leva så självständigt som möjligt. I boendestödet ingick att bryta social isolering, stöd i skötsel av hygien, lägenhet, ekonomi, matlagning med mera. Det ingick också att vara ett stöd i myndighets- och vårdkontakter. Grundläggande för boendestödet var det rehabiliterande arbetssättet där syftet var att stödet skulle leda till förändring.

Inom vuxenenheten lyftes boendestödet fram som en viktig insats när det gällde målgruppen. Genom boendestödet stöttade man klienten att på egen hand klara sin vardag. Det handlade då mycket om att motivera och att ge saker och ting tid. Till exempel om en klient inte vill släppa in medarbetaren som kom för att ge stöd kunde medarbetaren ta sig tid för att ”prata sig in” till klienten. Att föra motiverande samtal var något som lyftes fram som en viktig kompetens hos medarbetare som arbetade med boendestöd.

Inom hemtjänsten hade medarbetarna inte samma tid till att motivera eller prata med klienten. Hemtjänstens insatser och tid hos varje klient var tydligt reglerad, om något tog för lång tid så hann man inte till nästa klient i tid. Hemtjänstens ersättningssystem var också kopplat till den faktiska mängd tid man använde vid insatser hos klienten. Detta kunde ge konsekvenser för en klient som var tveksam till att släppa in nya eller okända personer i sitt hem, hemtjänsten fick helt enkelt ingen ersättning för den tid det eventuellt kunde ta att övertyga klienten om att släppa in dem. Inom vuxenenheten hade man inte denna typ av samma prestationsbaserade ersättningssystem, vilket underlättade flexibiliteten i arbetet.

Medarbetare äldreomsorgen: Det är punktinsatser inom hemtjänsten och vi gör ofta saker åt brukaren, inte tillsammans med brukaren. Sen ska man iväg till nästa brukare, så man hinner inte sitta och lirka.

Medarbetare vuxenenheten: Vi jobbar tvärtom. Inte åt, möjligen med. Men vi försöker pusha på att klienten gör själv. Låter väldigt stressigt i hemtjänsten.

Det är här viktigt att påpeka att även medarbetarna inom vuxenenheten kunde vara pressade och ställas inför situationer som var svåra att hantera. Men det som blev tydligt var att tid och insatser inte var reglerade på samma sätt inom vuxenenheten som inom äldreomsorgen vilket gav utrymme för en större flexibilitet och situationsanpassning i arbetet.

Inom vuxenheten fanns också möjlighet att bevilja boende i form av boende med särskild service, korttidsboende eller stödboende. Boendet skulle ha ett rehabiliterande syfte och var en tidsbegränsad insats som skulle följas upp efter en viss tid för att se om behoven förändrats. Den boendeform som äldreomsorgen hade att bevilja var vård- och omsorgsboende, vilket sällan motsvarade behoven hos de klienter som inte har den åldersrelaterade problematik som äldreomsorgen i första hand var inriktad mot.

Inom äldreomsorgen höll insatser på att utvecklas för att kunna möta de behov som de aktuella klienterna kunde ha. Verksamheter som boendestöd och specifika biståndshandläggare var under uppbyggnad och ett profilerat boende som funnits sedan tidigare, men då riktat sig till personer med psykiatrisk problematik, skulle nu även ta emot personer med missbruksproblematik. Fortfarande var det dock oklart om dessa insatser skulle komma att ha den rehabiliterande inriktningen som man inom vuxenheten hade, eller om de mer skulle anpassas till äldreomsorgens mer passiva inriktning.

Förutsättningar för samverkan – medarbetarnas förslag

Som nämnts tidigare var en majoritet av medarbetarna positiva till att samverka med varandra, men samtidigt menade man att samverkan inte skedde i någon högre grad. För att gynna samverkan hade medarbetarna flera förslag på förändringar som skulle kunna genomföras.

Ett grundläggande förslag från flera medarbetare handlade om att åtgärda avsaknaden av anvisningar och mål för samverkan. Här föreslogs att det skulle tas fram en övergripande överenskommelse för samverkan. I överenskommelsen ansåg man att det borde framgå syfte och mål med samverkan, ledningens syn på samverkan samt att det krävs tid och utrymme för samverkan. Det sistnämnda var något som man menade i nuläget inte fanns.

Att genomföra gemensamma utredningar var ett annat förslag, där handläggare från de olika verksamheterna tillsammans skulle utreda klientens behov. På så sätt skulle den kunskap som fanns inom respektive verksamhet tillvaratas för att tydliggöra klientens behov på bästa sätt. En annan idé var att man vid behov skulle kunna ha gemensamma möten med klienten i fokus för att få fram det bästa sättet att stötta hen på. Här poängterades att båda dessa idéer i förlängningen också ställer krav på att man kan erbjuda insatser som motsvarar de behov man identifierat.

För klienter som överförts från vuxenheten fanns tankar om att det vore bra med en uppföljning efter en tidsperiod, för att se hur det fungerade för klienten. En sådan uppföljning menade man skulle kunna genomföras gemensamt av handläggare från vuxenheten och äldreomsorgen.

Att arbeta i team med målgruppen var också en idé som kom upp från flera medarbetare. Det fanns olika sätt att se på hur ett sådant team skulle kunna fungera och arbeta. Några talade om teamet som att man under övergångsperioden från vuxenheten till äldreomsorgen skulle

kunna få stöd genom det för att slussas in i äldreomsorgen. Andra ansåg att teamet skulle arbeta även med andra klienter än de som överfördes mellan verksamhetsområdena, då detta endast är en liten del av dem som skulle ha behov av detta stöd. Det fanns också olika tankar kring ifall stödet från ett sådant team skulle vara tidsbegränsat eller om det skulle fortsätta så länge det fanns behov av det. En fördel med teamet som några av medarbetarna lyfte fram var att det utöver att direkt stödja klienter också skulle kunna utbilda personal inom äldreomsorgen kring att möta personer med psykiatrisk- och/eller missbruksproblematik.

För att öka kunskapen om varandra och varandras verksamheter fanns flera förslag. Ett sådant var att medarbetarna skulle kunna praktisera hos varandra för att på så sätt öka kunskapen om varandras verksamheter. Även gemensamma möten eller gemensamma workshops där man dels skulle kunna berätta för varandra om sitt arbete, dels ta upp anonymiserade eller fabricerade fall för gemensam diskussion eller reflektion framhölls som något som kunde utvecklas. Det trodde man skulle både utveckla kunskapen om varandra och den kunskap man har behov av i sitt arbete.

Flera av handläggarna tog upp att man var utspridda på olika lokaler runt om i kommunen och att det medförde att man inte spontant kunde gå till en kollega inom det andra verksamhetsområdet för att avhandla en fråga. Detta var något man saknade. Att ha gemensamma lokaler menade man skulle öka kunskapen och förståelsen om varandra, och därmed minska missförstånden mellan verksamhetsområdena.

Slutdiskussion

I denna rapport har medarbetares upplevelser av och tankar om samverkan mellan vuxenenheten och äldreomsorgen kring äldre personer med psykiatrisk- och/eller missbruksproblematik presenterats. Det har framkommit att även om medarbetarna uttrycker att de är positiva till att samverka så sker inte detta i någon högre grad. Orsakerna till det kan vara flera. I inledningen presenterades hur strukturella och kulturella faktorer kan underlätta eller motarbeta förutsättningarna för samverkan mellan olika aktörer. I studien finns exempel på hur båda av dessa fenomen påverkar förhållandet mellan verksamhetsområdena.

I studien synliggörs även den problematik som handlar om att olika klientgrupper erbjuds olika stöd, en aktuell faktor i sammanhanget är ålder. Stöden till vuxna personer över 65 år respektive under 65 år motsvaras inte av varandra. Utöver att indelningen är bekymmersam i sig själv i förhållande till socialtjänstlagens skrivning om jämlikhet i levnadsvillkor och aktivt deltagande i samhällslivet (SoL 1 kap. 1 §), så påverkar den också förutsättningarna för samverkan på såväl ett strukturellt som på ett kulturellt plan.

Det här är frågor som kommer att diskuteras i detta avslutande kapitel. Men inledningsvis kommer ett kort avsnitt om samverkan – vad menas egentligen?

Samverkan – samordning – samarbete

Att samverka är något som ofta lyfts fram som positivt och som en lösning på olika problem man kan ställas inför inom vård och omsorg. Inte lika ofta nämns vad som menas med samverkan i ett speciellt sammanhang eller klarläggs på ett djupare plan på vilket sätt samverkan är en lösning på det problem man står inför. Det medför att begreppet kan få olika betydelse beroende på vem som använder det och i vilket sammanhang det uttalas.

När medarbetarna i den aktuella kommunen talar om samverkan kan det betyda allt från informationsöverföring till nämndbeslutade riktlinjer för samverkan eller att arbeta praktiskt tillsammans. Mycket av det som medarbetarna lyfter fram som samverkan skulle utifrån Axelsson & Bihari Axelsson (2006, 2014) kunna betecknas som samordning. Ett exempel på detta är överföringen av klienter från vuxenenheten till äldreomsorgen där tider, information med mera behöver koordineras. Att samordna olika verksamheter kring vissa moment är av stor vikt då bristande samordning kan ge onödiga kostnader för inblandade organisationer och negativa konsekvenser för klienter i form av exempelvis försenade insatser eller brister i överföringen mellan olika verksamheter (Øvretveit 2011). Samordning ska därför inte ställas mot samverkan som om det ena är bättre än det andra. Snarare kan samordning, och också samarbete, rymmas som delar i samverkan mellan olika verksamheter eller organisationer (Axelsson & Bihari Axelsson 2014).

Att eftersträva att medarbetare i olika verksamheter ska ha gemensamma definitioner av vad de avser när de talar om samverkan är i de flesta fall meningslöst, det lär kosta mer än det ger. Men när man talar om att verka tillsammans och överskrida gränser, kan Axelssons & Bihari Axelssons definitioner av begreppen samverkan, samordning, samarbete respektive avsaknad av integrering vara till hjälp för att svara på frågor som ”det här är problemet och det här är vårt mål – hur når vi bäst dit och vilka ramar behövs som stöd för medarbetarna i deras arbete att nå målet”? Att sedan medarbetare i praktiken använder begreppen som synonyma eller på olika sätt i olika sammanhang är av mindre vikt.

Struktur och kultur för samverkan

För att underlätta för samverkan att fungera på ett tillfredsställande sätt så menar Axelsson & Bihari Axelsson (2014) att det är viktigt att förväntningar, roller och mål med samverkan klargörs. I den aktuella kommunen var avsaknaden av just en tydlig struktur för samverkan något som påtalades av medarbetarna. Denna typ av problematik kan ofta lösas med tydliga direktiv från ledningshåll (Svensson et al. 2001), och i det aktuella fallet efterfrågade medarbetarna just ett tydliggörande från ledningen, till exempel i form av en överenskommelse mellan verksamhetsområdena kring strukturen för samverkan. Men för att en sådan överenskommelse ska fungera i praktiken så krävs också att den backas upp på olika sätt, exempelvis genom att det finns utrymme för samverkan och att samverkan lyfts fram som något som är prioriterat (Åhlfeldt 2017). Här har ledningen en viktig roll att fylla.

Det område där det fanns en överenskommelse mellan verksamhetsområdena var överföringen från vuxenhet till äldreomsorg. Det är också det område som omtalats som att det skedde samverkan i nuläget, i övrigt var kontakterna över huvud taget få mellan verksamhetsområdena. För överföringsprocessen fanns en utarbetad struktur för samverkan kopplade till en central samverkansöverenskommelse om hur och när i processen samverkan skulle ske. Överenskommelsen innehöll rutiner för kommunikation och kontakter mellan verksamhetsområdena vid olika tidpunkter och i olika former, och även med klienter. Rutinerna var utformade i punkter där överföringsprocessen gick igenom steg för steg. Syftet med rutinerna var att *”verka för att insatser och åtgärder sker i rätt tid, till rätt kostnad och av rätt aktör”*. Här fanns alltså ett tydligt direktiv uppifrån om hur och när saker skulle göras som medarbetarna förväntades följa. Även om inte allt fungerade problemfritt när det handlade om överföringsprocessen, så var det ändå påtagligt att samverkan ökade där det fanns ett syfte med varför det skulle ske och hur det skulle göras.

Medarbetarna hade även andra idéer för att främja samverkan. Det handlade till exempel om att göra gemensamma utredningar, genomföra gemensamma uppföljningar när en klient överförs från vuxenheten till äldreomsorgen, auskultering inom varandras verksamhetsområden, samlokalisering av handläggare inom de båda verksamhetsområdena. Denna typ av förslag faller alla in under de strukturella förutsättningarna för samverkan, som det behövs sanktionering från ledningen för att genomföra. Men samtidigt kan de också få effekter för relationen mellan verksamhetsområdena och deras medarbetare, då dessa ges ökade förutsättningar att lära känna varandra och varandras verksamheter och villkor.

Om de strukturella hindren för samverkan kan övervinnas med beslut och överenskommelser så kan de mer mellanmännsliga hindren vara svårare att överbrygga. Det framkom i studien att det fanns föreställningar om varandra mellan verksamhetsområdena, föreställningar om hur man arbetade, vilka kompetenser man hade, hur engagerade man var med mera. Dessa föreställningar skapade också hierarkier mellan verksamhetsområdena, där flera medarbetare menade att vuxenenheten befann sig i en överordnad position i förhållande till äldreomsorgen. Här krävs ett tillitsbygge för att utveckla goda relationer mellan verksamhetsområdena där medarbetarna upplever att de arbetar tillsammans, mot samma mål, istället för en indelning i ”vi” och ”dom” där ”vi” gör så här och ”dom” gör så där. Där kan saker som gemensamma utredningar med mera fungera som en ingång till att öka förståelsen och tilliten mellan verksamhetsområdena.

Skilda logiker

Inom äldreomsorgen handlar det om status quo eller tillbakagång medan det i traditionellt socialt arbete handlar om att arbeta för förändring och utveckling. (Gunnarsson 2008, s. 117)

Som nämnts tidigare är samverkan något som ofta lyfts fram som positivt och som en lösning på olika problem man kan ställas inför inom vård och omsorg. Men genom att alltför snabbt gripa tag i lösningen ”samverkan” finns en risk att andra faktorer, som är minst lika viktiga för att lösa det problem man står inför, osynliggörs. I den här studien återkom personalen till att samverkan är viktigt, men att det fanns andra faktorer som man såg som större problem än bristen på samverkan för att kunna möta målgruppen på ett bra sätt. Det handlade då till stor del om de olika förutsättningarna som vuxenenheten respektive äldreomsorgen arbetade utifrån.

Utifrån den data som samlats in under projektet går det att tolka det som att de aktuella verksamhetsområdena arbetade utifrån två olika logiker, där vuxenenheten hade en rehabiliterande inriktning i sitt arbete medan äldreomsorgen arbetade mer omhändertagande och bevarande. Det visade sig bland annat i att resurser, insatser och arbetssätt skiljde sig åt mellan verksamhetsområdena. Denna typ av skillnad i behandling av olika grupper ses i många fall som diskriminerande, exempelvis om det gäller kön eller etnicitet. När det handlar om ålder däremot ses särbehandlingen istället ofta som naturlig och något oundvikligt (Harnett 2022).

Sara Erlandsson, forskare inom socialt arbete, menar att äldrepolitikens fokus på den åldrande kroppens behov gör äldre till en särskild grupp som skiljer sig från resten av befolkningen, vilket i sin tur ger konsekvenser på flera sätt, bland annat i hur äldreomsorgen är utformad och vilka mål man arbetar mot där. Hon tar också upp hur jämförelser rörande omsorgens inriktning, både inom politik och forskning, tenderar att stanna inom gruppen. Till exempel görs jämförelser mellan olika kommuners äldreomsorg utifrån ett jämlikhetsperspektiv, men sällan jämförs insatser för äldre med andra insatser inom socialtjänsten utifrån ett jämlikhetsperspektiv (Erlandsson 2014a, 2014b).

Även om Erlandsson i första hand gör en jämförelse av äldrepolitik och funktionshinderpolitik så fungerar resonemanget även när det handlar om relationen mellan vuxenheten och äldreomsorgen. Också här blir äldre personer en egen kategori med särskilda behov som behöver hanteras utifrån att de är äldre. Deras egentliga behov, utifrån livssituation och problematik, riskerar på grund av detta att hamna i skymundan och leda till att de inte får rätt anpassat stöd. Särskilt påtagligt kan detta bli för klienter som överförs mellan kontoren i och med att de fyller 65 år, där man går från en logik till en annan. Men även andra klienter som mottar insatser från äldreomsorgen befinner sig inom den diskurs som Erlandsson pekar på i sitt resonemang. En fråga att ställa sig är vad resultatet skulle bli om hela socialtjänsten inkluderades på samma premisser i en undersökning om måluppfyllnad kopplad till socialtjänstens mål om social trygghet, jämlikhet och aktivt deltagande i samhällslivet. Att notera i sammanhanget är att denna uppdelning på inget sätt är unik för den undersökta kommunen. Istället är det en uppdelning som i princip går igen i de flesta kommuner runt om i vårt land.

Utifrån ett samverkansperspektiv kan denna typ av skillnader i arbetssätt, rutiner, resurser ses som strukturella hinder som försvårar samverkan (Knoben & Oerlemans 2006). De strukturella skillnaderna bidrar även till uppfattningar om varandras kompetenser och värderingar av varandras arbete. Detta bidrar i sin tur till ojämlika maktförhållanden mellan verksamhetsområdena där äldreomsorgen intar en underordnad position i förhållande till vuxenheten. I denna hierarkiska uppbyggnad spelar även föreställningar om äldre personer som "has beens" in, där äldre personer ses som en särskild grupp med bristande förmågor och andra önsksningar och behov än andra generationer, det vill säga "becomings" och "beings" (Krekula et al. 2005). Eftersom inriktningen i äldreomsorgen inte handlar om förändring eller förbättring på samma sätt som vuxenheten så finns också en tendens till syn på de som arbetar där som mindre kompetenta med mindre kunskap och engagemang i sitt arbete. Andersson et al. (2011) påtalar hur denna typ av hierarkier och bristande tillit mellan verksamheter hämmar förutsättningarna för samverkan.

Sammanfattningsvis så agerade vuxenheten respektive äldreomsorgen inom ramen för två olika logiker. Dessa logiker är bland annat födda ur en kategorisering av människor utifrån ålder. Utöver att de olika logikerna är en olägenhet i sig som överensstämmer dåligt med socialtjänstlagens formuleringar om jämlikhet och delaktighet, så kan de också påverka förutsättningarna för samverkan mellan verksamhetsområdena på ett negativt sätt. En åtgärd för att öka förutsättningarna för samverkan mellan vuxenhet och äldreomsorg torde utifrån detta vara att minska skillnaderna i inriktning, resurser och arbetssätt mellan de bedömningar som görs och insatser som ges inom de båda verksamhetsområdena.

Referenser

- Andersson, J., Ahgren, B., Bihari Axelsson, S., Eriksson, A. & Axelsson, R. (2011). *Organizational approaches to collaboration in vocational rehabilitation – an international literature review*. International Journal of Integrated Care, 11(4), 1–10.
- Auschra, C. (2018). *Barriers to the Integration of Care in Inter-Organisational Settings: A Literature Review*. International Journal of Integrated Care, 18(1), 1–14
- Axelsson, R. & Bihari Axelsson, S. (2006). *Integration and collaboration in public health – a conceptual framework*. International Journal of Health Planning and Man
- Axelsson, R. & Bihari Axelsson, S. (2013). ”Samverkan som samhällsfenomen – några centrala frågeställningar.” I: Axelsson, R. & Bihari Axelsson, S. (red.). *Om samverkan – för utveckling av hälsa och välfärd*. Lund: Studentlitteratur.
- Erlandsson, S. (2014a). *Hjälp att bevara eller förändra. Åldersrelaterade diskurser om omsorg, stöd och service*. Diss. Stockholms universitet: Institutionen för socialt arbete.
- Erlandsson, S. (2014b). ”Gammal” eller ”funktionshindrad”? *Välfärdspolitisk gränsdragning och konstruktion av grupper*. Socialvetenskaplig tidskrift, nr 3-4, 2014, s. 266-284.
- Folkhälsomyndigheten (2021). *Vår livsmiljöns betydelse för en god och jämlik hälsa*. Folkhälsomyndigheten [digital]. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/v/var-livsmiljos-betydelse-for-en-god-och-jamlik-halsa/>.
- Folkhälsomyndigheten (2022). *Synen på psykisk ohälsa. En befolkningsundersökning om kunskaper och attityder*. Folkhälsomyndigheten [digital]: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/s/synen-pa-psykisk-ohalsa-och-suicid-/?pub=105538>.
- Gunnarsson, E (2008). *Socialt arbete – i otakt med ett åldrande samhälle?* Nordisk socialt arbeid, vol. 28, s. 112-120.
- Gunnarsson, E & Karlsson, L-B (2017). *Äldre, alkohol och omsorgsbehov: Biståndshandläggare om arbetet med äldre personer med missbruksproblem*. Nordic Studies on Alcohol and Drugs, vol 34(1), s. 43-56.
- Harnett, T (2021). ”Åldersgränser. Ett forskningsområde för samhällsvetare”. I: Jönson, H (red.) *Perspektiv på ålderism*. Lund: Social Work Press.
- Jacobsen, I. & Thorsvik, J. (2008 [1998]). *Hur moderna organisationer fungerar*, upplaga 3:3. Lund: Studentlitteratur.
- Jönson, H (2021). ”Introduktion till antologin”. I: Jönson, H (red.) *Perspektiv på ålderism*. Lund: Social Work Press.
- Karam, M., Brault, I., Van Durme, T. & Macq, J. (2018). *Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: A systematic review of the qualitative research*. International Journal of Nursing Studies 79(3), 70–83.
- Knoben, J. & Oerlemans, L.A.G. (2006). *Proximity and inter-organizational collaboration: A literature review*. International Journal of Management Reviews, 8(2), 71–89
- Krekula, C, Närvänen A-L & Näsman E (2005). *Ålder i intersektionell analys*. Kvinnovetenskaplig tidskrift nr. 2-3, s. 81-94.
- KSL (2020). *Samverkan kring personer med missbruk/beroende. Överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och kommunerna i Stockholms län*.
- Lagergren, M. (2018). *Äldreomsorgens debutanter. En uppföljande rapport över perioden 2003-2015*. Stockholm: Stiftelsen Äldrecentrum.

- Rundgren, Å. Klinga, C, Löfström, M & Mossberg, L (2022). ”Inledning”. I: Rundgren, Å, Klinga, C, Löfström, M & Mossberg, L (red.) *Perspektiv på samverkan. Om utmaningar och möjligheter i välfärdens praktik*. Lund: studentlitteratur.
- SCB (2021). *Jämställd hälsa: Äldreomsorg*. Hemsida: <https://www.scb.se/hitta-statistik/temaomraden/jamstalldhet/jamstalld-halsa/alldreomsorg/> (nedladdad 2023-05-15).
- SCB (2023). *Befolkningsprognos för Sverige*. Hemsida: <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/befolkningsprognos-for-sverige/> (nedladdad 2023-05-15).
- Seaton, C.L., Holm, N., Bottorff, J.L., Jones-Bricker, M., Errey, S., Caperchione, C.M., Lamont, S., Johnson, S.T. & Healy, T. (2018). *Factors That Impact the Success of Interorganizational Health Promotion Collaborations: A Scoping Review*. American Journal of Health Promotion, 32(4), 1095–1109.
- SoL (2001:453). *Socialtjänstlagen*.
- SOU (2016:2). *Effektiv vård*. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.
- SOU (2023:5). *Från delar till helhet. Tvångsvården som en del i en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja*. Slutbetänkande av Samsjuklighetsutredningen.
- Stolp, S., Bottorff, J.L., Seaton, C.L., Jones-Bricker, M., Oliffe, J.L., Johnson, S.T., Errey, S., Medhurst, K. & Lamont, S. (2017). *Measurement and evaluation practices of factors that contribute to effective health promotion collaboration functioning: A scoping review*. Evaluation and Program Planning, 61, 38–44.
- Svensson, L., Jakobsson, E. & Åberg, C. (2001). *Utvecklingskraften i nätverk. Om lärande mellan företag*. Stockholm: Santérus förlag.
- Tornstam, L. (2018 [2011]). *Äldrandets socialpsykologi*. Upplaga 9:9. Lund: Studentlitteratur.
- Åhlfeldt, E. (2017). *Hållbart utvecklingsarbete i vård och omsorg – Ett institutionellt perspektiv på projekt i en professionell och byråkratisk kontext*. Diss. Linköpings universitet: Institutionen för beteendevetenskap och lärande.
- Åhlfeldt, E. & Lieberman-Ram, H. (2021). *När samverkan ställs på sin spets. En studie av samverkan och utskrivning av äldre enligt samverkanslagen (LUS) under coronapandemins första våg i södra Stockholm*. Haninge: Nestor FoU-center.
- Øvretveit, J. (2011). *Does clinical coordination improve quality and save money?* London: The Health foundation

Samverkan är ett begrepp som ofta nämns som en lösning på olika utmaningar inom äldreomsorgen och socialtjänsten i stort. Denna rapport handlar om samverkan mellan en kommuns vuxenenhets och äldreomsorg kring personer över 65 år med psykiatrisk- och/eller missbruksproblematik. Syftet med samverkan mellan de båda verksamhetsområdena var att på ett bra sätt kunna möta den aktuella målgruppens behov. I rapporten kommer medarbetarnas röster till tals om hur de såg på den samverkan som fanns i ett nuläge, men också idéer och tankar kring hur samverkan skulle kunna utvecklas.

Studien bygger på kvalitativa data där medarbetare på olika positioner från båda verksamhetsområdena har besvarat ett frågeformulär, deltagit i intervjuer samt en gemensam workshop.



Nestor FoU-center
Marinens väg 30, 136 40 Handen
www.nestorfou.se
tel: 08-777 99 16