

RUTGER ENGSTRÖM

psykiskt sjuk eller missbrukare?

En rapport om samverkan, vårdkedjor och ekonomi

Ingvar Nilsson & Anders Wadeskog/SEE

Version 1:1

1999-03-01

1. INLEDNING

Många klienter ramlar mellan stolarna i våra välfärdssystem. Inom ramen för psykiatrireformen har man fokuserat på hur gruppen psykiskt långtidssjuka har farit illa till följd av detta fenomen. Inom denna grupp finns det en mindre grupp – **psykiskt sjuka med en grav missbruksproblematik** som far särskilt illa. De som har **så kallad dubbeldiagnos**. Denna grupp faller i ännu högre grad mellan stolarna. Redan då vi ska bestämma om vi pratar om en missbrukare med psykiska problem eller en psykiskt sjuk människa med missbruksproblem uppstår en dragkamp om problemdefinition och kostnader.

Denna rapport är ett försök att på individnivå beskriva en sådan dragkamp. Vi har valt att förlägga arbetet till Södertälje av några olika skäl. För det första har man i Södertälje tämligen väl lyckats med den del av psykiatrireformens arbete som har att göra med myndighetsöverskridande samverkan. För det andra fanns tillgängligt i Södertälje en grupp människor förtrogna med denna arbetsmetod och intresserade av att delta. För det tredje (vilket delvis hänger samman med förgående punkt) har vi redan genomfört en analys för andra grupper av psykiskt sjuka, vilket ger oss en möjlighet att få en mera total bild, rent kalkylmässigt, av psykiatrireformens (potentiella) effekter i en hel kommun.

2. SYFTE OCH METOD

2.1 Syfte i stort

Syftet med studien är i första hand att påvisa de ekonomiska effekterna av psykiatrireformen och samspelet mellan reformens båda huvudaktörer samt mellan

dessa två aktörer och övriga samhällsaktörer samt för samhället i stort. Mera preciserat är syftet att

- * studera **de ekonomiska konsekvenserna av samverkan** med utgångspunkt i psykiatrireformen i synnerhet kring **målgruppen missbrukare med psykiska sjukdomar**.
- * identifiera och diskutera **dynamiken kring och de hinder för ökad samverkan** som finns kring denna och tidigare studerade målgrupper i Södertälje

Arbetet genomförs i Södertälje men analysen av resultaten skall så långt som möjligt ges ett generellt perspektiv.

2.2 Scenariometodiken

Vi använder oss här av den s.k. scenariotekniken som metod. I det här fallet **ett individuellt scenario för en individs olika livsförlopp**. Den innebär att man bygger upp en syntetisk fallbeskrivning. Och för denna fallbeskrivning studerar man ett eller flera tänkbara förlopp. Denna fallbeskrivning är vald i samråd med de inom professionen verksamma¹. Den utgör en god syntes av "det typiska fallet" för det man vill studera. Den bör innehålla ett starkt inslag av representativitet.

Metoden innebär en viss överförenkling av verkligheten men skapar samtidigt tydlighet och kan dessutom fungera som en sorts pedagogiskt tankeredskap. Resultatens begränsningar är ju beroende av hur väl man lyckats formulera själva scenarierna. Därför tycker vi att man då man granskar de resultat vi kommer fram till bör koncentrera sig på två saker

- * ger analysmetoden så intressanta och tydliga svar att den är användbar att gå vidare med
- kan vi kring de valda patientgrupperna redan nu se så klara indikationer på att resursanvändningen kan förbättras ytterligare att det ger oss anledning att gå vidare och söka efter mer säkra svar

Redan nu tycker vi oss med hjälp av kalkylerna kunna hitta intressanta svar på frågor av utpräglad policy- och ledningsstruktur. Låt oss ta ett exempel.

- sannolikt bör man kring den sorts klienter vi här beskriver bygga någon form av **nätverksorganisation** för att kunna göra ett så bra arbete som möjligt
- det finns ett stort och akut behov av att **bryta svarte-petterspelet** kring klienten

1 Utgångspunkten för vår analys fastställdes 1998-08-24 vid ett seminarium på socialstyrelsen med representanter för lokala projekt kring denna målgrupp

- det råder **ett kampperspektiv** om hur klienten ska definieras, diagnosticeras och i förlängningen av detta vem som har ansvar för klienten – behandlingsmässigt och finansiellt
- det råder betydande **slumpmässighet och få inslag av helhetssyn och långsiktighet** kring denna typ av klienter.

Sannolikt leder detta till tre saker, **onödigt ineffektiv vård, onödigt dyr vård och onödigt lidande för klienten**. Vi tror att samtliga dessa tre problem kan lösas med hjälp av nya organisationsformer och samverkansmodeller. **I rapportens ”best case” skisseras en sådan modell.**

2.3 Best och worst case, referensalternativet och reformalternativet – våra två alternativ

Vi studerar alltså här en tänkt individs (Rutger Engström) livsförlopp under en femårsperiod. Vi startar klockan 00.00 på nyårsdagen 1996 och trycker på stoppknappen nyårsafton 2000 klockan 24.00.

Vi har valt starttidpunkten med utgångspunkt i då man på allvar börjar genomföra de åtgärder som ligger inom ramen för psykiatrireformen i Södertälje. Detta ger oss i kalkyltermer tre år av empirisk kunskap (1996-98) och två års någorlunda kvalificerad prognosmöjlighet (kliniska skattningar) för de båda alternativen. Vi har valt tidshorizonten fem år i första hand för att inte hamna i ett alltför omfattande kalkylarbete. Skillnaderna mellan de olika alternativen kommer att hinna utkristalliseras tillräckligt tydligt och de flesta intressanta förändringarna blir belysta inom en femårsperiod. De skillnader som finns mellan alternativen kommer naturligtvis att öka ju fler år man utsträcker kalkylen till.

Slutligen vill vi, som en teknisk kommentar påpeka, att eftersom kalkylen spänner över flera år och en krona 1996 är annorlunda värd än en krona 2000 har vi med utgångspunkt från traditionell samhällsekonomisk metodik valt att diskontera alla priser och kostnader till ett nuvärde med hjälp av en diskonteringsränta som vi valt till 5% och med alla priser angivna som fasta priser, dvs inflationsrensade.

2.4 Arbetets uppläggning i stort

Metoden bygger på en datorbaserad samhällsekonomisk kalkylmodell som vi byggt utifrån modern datakunskap och samhällsekonomisk metodpraxis². Arbetsmetodiken i detta speciella fall bygger på en utveckling av den metod vi redovisar i vår rapport av analysen kring äldre sjuka samt rapporten om psykiskt sjuka. Idén är att utgå från individuella vårdförlopp, vårdkedjor, samt att jämföra ett förväntat utfall med ett tänkt

2 modellen har tidigare prövats och tillämpats vid två tillfällen för äldre sjuka i Nacka (strokepatienter) och för psykiatrireformens klienter i Södertälje

referensalternativ. Därefter ställs de två händelsekedjornas ekonomiska konsekvenser mot varandra.

Konkret vill vi lyfta fram **en typisk och särskilt intressant person/diagnos för gruppen "missbrukare med psykisk sjukdom"**.

Vi studerar denna persons liv **med och utan psykiatrireformen under en femårsperiod och räknar fram de ekonomiska konsekvenserna**. Detta sker genom att vi tillsammans med de verksamhetskunniga skapar två individuella "typscenarios" för just denna diagnos.

Vi arbetar alltså tillsammans med verksamhetskunnig personal och administratörer från kommun, landsting, rättsväsende, frivilligorganisationer samt övriga berörda aktörer. Detta gör vi i ett antal seminariesteg, fyra stycken, i vilka arbetet gradvis avrapporteras. Gemensamt bygger vi upp bilden av de två alternativa vårdförloppen för den valda diagnosen samt prissätter den. Därefter kalkylerar vi dem. Det är i högsta grad en interaktiv dialog- och samverkansprocess mellan oss och de inom verksamheten professionella.

Det vi alltså gör är att skapa **en fiktiv, men realistisk, person. Ett typfall eller ett individuellt scenario**. För denna individ gör vi följande

1. **beskriver** den vårdkedja personen genomlöper (en form av individuellt scenario)
2. **identifierar och kvantifierar** varje enskild aktivitet i denna vårdkedja
3. **värderar** faktisk kostnad för varje aktivitet i kedjan
4. Detta görs för två alternativ; **ett "best-case"** då optimal samordning mellan de olika aktörerna och deras insatser äger rum **och ett "worst case"**. Därefter ställs dessa båda alternativ mot varandra och på så sätt får vi ett mått på vad utebliven samverkan kostar.

Vår modell (som beskrivs mera utförligt i en bilaga) möjliggör beskrivning och analys på aktivitetsnivå (t.ex. vårdygn eller läkarbesök), enhetsnivå (t.ex. primärvård eller akutsjukvård), myndighetsnivå (arbetsmarknadsmyndigheter eller kommun) samt på samhällsnivå. Endast en begränsad del, förhoppningsvis den för läsaren mest intressanta delen, av all den information som kalkylmodellen innehåller, har redovisats i denna rapport. **Totalt sett har i kalkylen och vår analys 87 stycken olika aktiviteter identifierats, kvantifierats och värderats.**

2.5 Rollfördelning – vi och våra experter

Rollfördelningen i arbetet är sådant att ”våra experter” (som valts bland de mest kompetenta, kunniga och kreativa inom detta fält i Södertälje³) står för all verksamhetskunskap, de utgör ”spjutspetsen” av den professionella kompetensen. De står också för kunskap om klienten, verksamhetens organisering och kostnader.

Vår roll är att av deras verksamhetskunskap dels skapa en helhetsbild (kanske den första inom just detta fält som skapats i Södertälje), dels omvandla denna helhetsbild till ett ”konsumtionsmönster” från klientens sida och dels omvandla detta konsumtionsmönster till en kalkyl.

Av detta följer att om vi lyckats skapa trovärdiga och realistiska scenarios så är detta i stor utsträckning vår expertgrupps förtjänst.

Det bör också påpekas att vi i fallbeskrivningarnas kliniska del valt att inta ”den påläste amatörens perspektiv”. Vi gör med andra ord inga anspråk på att på ett kliniskt korrekt vis beskriva de två händelseförloppen. Dessa förlopp utgör inte kärnan i vår rapport utan grundförutsättningen för vårt egentliga arbete; att beskriva vårdförlopp ur ett samverkansperspektiv samt kalkylera konsekvenserna av dem. Vår ambitionsnivå har varit att beskrivningarna ska upplevas som rimliga och trovärdiga ur de professionellas och kliniskt verksammas perspektiv och läsbara och användbara för alla de viktiga beslutsfattare som utgår från organisatoriska och ledningsmässiga perspektiv.

2.6 Generaliserbarhet

Vår studie är baserad på ett tänkt fall i Södertälje. Detta gör att de resultat vi kommer fram till inte utan vidare går att generalisera till alla andra fall och andra miljöer. Till att börja med är resultatet beroende av i vilken mån vår kalkylperson, Rutger, är representativ. På denna punkt har vi genomfört några olika känslighetstest av vår kalkyl genom att förändra ett antal grundparametrar och tycker oss se att det generella mönstret i skillnad mellan best-case och worst case kvarstår även om vi förändrar vissa grundantaganden. Vi har också testat de två fallens realism mot socialstyrelsens referensgrupp. Huvudslutsatsen tycks kvarstå – **samverkan är en utomordentligt lönsam affär både mänskligt och ekonomiskt.**

Vidare är analysen beroende av i vilken mån man i andra kommuner har samma organisation och rollfördelning mellan olika offentliga och ideella aktörer. I små

3 expertgruppen har haft följande utseende; Kerstin Kelesh, klinikintendent, psykklin; Claes Hellström, narkotikaroteln, polisen; Lena Lagerroos, psykklin; Annikka Edman, mobila teamet; Carl Erik Lind, beroendeenheten, Telgekommundel; Pia Lundh, socialkooperativa sektionen, arbetsmarknadscentrum; Chrstina Asplund, försäkringsexpert, försäkringskassan; Karin Gustafsson, psykiatriska missbruksteamet; Maria Sundvall, läkare, Grengården, Stlje psyksektor; Marie Askerstam & Helena Forsslund, psykiatireformen, Södertälje; Christa Fristedt, RIA; Ronny Sjögren, Sydgården, Södertälje Kommun; Astrid Sobiesiak, akutmottagningen, Stlje sjukhus

kommuner har man t.ex. helt andra förutsättningar än i en relativt stor kommun som Södertälje. I vissa kommuner har man kommunal primärvård vilket påverkar fördelning av kostnader mellan kommun och landsting. I ytterligare andra kommuner har frivilligsektorn en annorlunda roll. Psykiatrins organisering och arbetsmetoder spelar naturligtvis också en stor roll.

Vår ansats bör snarare ses som **en metodik och ett förhållningssätt** med vars hjälp man kan granska och erhålla förståelse för vilka omfördelningsmekanismer som kan uppstå då man lyckas respektive misslyckas med att genomföra ett samverkansarbete kring denna klientgrupp. Vi hoppas också att våra resonemang kring samverkans inre dynamik kan innehålla inslag av generaliserbar kunskap.

3. HUVUDFÖRLOPP

3.1 Rutgers liv fram till och med 1995

3.1.1 Förhistorien

Då Rutger kommer gående längs gågatan i Södertälje kan man inte ta miste på att han skiljer sig från mängden. Hans studsigt svängiga gång, det envisa mumlandet, ibland avbrutet av ilska rop, de slitna kläderna, det stripiga håret och hans hopsjunka kropp får honom att se äldre ut än sina fyrtio år. Men det är inte bara det att han är öllummig eller amfetaminstirrig. Det går också att ana att det finns ett psykiskt problem hos denna tragiska person.

Rutger Engström föddes den 7:e maj 1956. Mamma Elin var då 29 år gammal. Han är mittbarn i en syskonskara på tre. Det finns en äldre bror och en yngre syster. Pappa Egon jobbade som kontorist på Scania. Modern, hemmafru med ”klenas nerver”, var hemma under barnens uppväxt.

Rutgers skolgång var det lite si och så med. Han var egentligen inte särskilt begåvad. Hans lärare uppger att han var en aning udda, lite egen. Rutger är barn av pop- och rockåldern. Ganska tidigt kom han i kontakt med både mellanöl och hasch. Sniffning fanns också med i bilden. Det ingick så att säga som en del av livsstilen i hans kamratkrets. Kanske är det genom hjärnskadorna kring hans sniffning som början till hans psykos kan skönjas.

Det uppstod tidigt problem i skolan. Fyllor i samband med klassfester, en hel del bråk. Skolkuratoren var inblandad, men Rutgers föräldrar tillhörde inte den sort som frivilligt infann sig till elevvårdande samtal i skolan. De var egentligen aldrig med på några föräldramöten i skolan efter lågstadietiden. PBU-kontakter inleddes, men avbröts under högstadietiden. Skolgången avbröts efter 8:an (anpassad studiegång) och han fick kortare tillfällighetsjobb under 70-talets första del.

Hans missbruk hölls på en någorlunda kontrollerad nivå de kommande åren. Men han förekommer då och då som ärenden hos olika myndigheter. Han blir några gånger omhändertagen av polisen på grund av berusning. Akuten på Södertälje sjukhus får också några besök. En socialsekreterare är inkopplad på Rutger och tycker sig se att han befinner sig i riskzon, men har inga mandat att agera mer än att försöka övertala honom att utsätta sig för någon form av behandling. Men han slår det mesta ifrån sig

Han fick en fast anställning under något år i slutet av 70-talet. Han flyttade hemifrån till en 2:a i Saltskog, ett område präglad av miljonprogrammets arkitektur. Under åttiotalets första år accelererar missbruket. Nu förekommer alkohol och hasch om vartannat som droger. Han mår psykiskt sett allt sämre mellan varven och nu börjar han få psykiska problem.

Tack vare en flickvän och ett kamratgäng lyckas han hålla sitt missbruk någorlunda i schack, samtidigt förstärks underligheterna i hans beteende. Inte minst då han är drogpåverkad. Först gör flickvännen slut och därefter börjar hans kamrater att dra sig undan alltmer.

3.1.2 Genombrottet

Hans psykiska sjukdom bryter genom på allvar första gången efter en intensiv missbruksperiod 1979 (han är då 23 år gammal) då han efter det att drogen slutat verka har fortsatt hallucinationstillstånd, och ångestfylld uppsöker han akutmottagningen. Han kommer denna gång undan med blotta förskräckelsen. Men det är som att chocken får honom att missbruka alltmer.

Han är nu samtidigt ärende både inom kommunens missbruksvård och som patient inom psykiatri. Det börjar bli klart att de underligheter han tidigare uppvisat beror på en underliggande psykisk sjukdom.

Han kommer under behandling inom öppenvården och sätts på medicinering. Vid flera tillfällen blir hans röster så påträngande att han skrivs in för slutenvård. Ofta går det till så att de av droger framkallade psykotiska tillstånden inte upphör efter det att drogen slutat verka. Några gånger omhändertas han på stan av polisen.

Inledningsvis är rollfördelningen mellan kommun och landsting kring Rutger tämligen oklar, men efterhand klarnar bilden. I kommunens ögon börjar Rutger mer och mer anta rollen av att vara psykiskt sjuk och hans socialsekreterare andas ut eftersom hon därmed anser att Rutger är "någon annans bord". Inom psykiatri anser man inledningsvis att hans sjukdomstillstånd i första hand är drogrelaterade men efterhand ser man att det sannolikt är så att drogerna (möjligtvis i kombination med en sniffningsframkallad hjärnskada) som framkallat hans sjukdomstillstånd

Han förlorar sitt jobb och börjar driva runt på stan. I ett par varv mister han sin lägenhet, men erhåller med hjälp av socialtjänsten hjälp med bostad, först med eget kontrakt och därefter med socialt kontrakt, vilket innebär att han hyr i "andra hand" av socialtjänsten.

Efter några år och ett betydande antal rehabiliteringsförsök erhåller han sjukbidrag under villkoret att han medverkar i en rehabiliteringsplanering. Rehabiliteringen går inte att genomföra enligt planen eftersom Rutger inte "ställer upp". Rehabiliteringen avbryts och får göras om när han återfaller i missbruk eller tas in för slutenvård. Ansökan om fortsatt sjukbidrag avslås eftersom hans missbruk betraktas som socialt beteende och det inte bedöms styrkt av att hans sjukdomstillstånd är bestående "för avsevärd tid" eller varaktigt. Efter ytterligare någon sjukbidragsperiod beviljas Rutger slutligen förtidspension i slutet av 80-talet då hans psykiska sjukdom bedöms som varaktigt och möjligheterna till rehabilitering tillbaka till arbetslivet bedöms vara uttömda.

Hans missbruk är ett typiskt blandmissbruk. Han tar vad han kommer över, men trivs bäst med amfetamin som utgör en sorts medicin mot biverkningarna från den reguljära medicinen – en sorts självmedicinering. I brist på detta tar han heroin, hasch eller alkohol. Han är, inte minst till följd av penningbrist en typisk lågdosförbrukare. Han konsumerar i vågor amfetamin för 500-700 kronor per dygn.

När han varit inne i amfetaminvågen några dygn vilar han ut, antingen med hjälp av alkohol eller på psykakuten. (eller på psykavdelningen i Södertälje). Påtänd kan han vara skränig och lite störig och kan ibland trots sin föga fysiskt imponerande gestalt, uppfattas som lite hotfull. Då händer det att polisen tvingas göra ingripande. Han kan vara rejält hotfull och aggressiv. När han inte får pengar hemma hos föräldrarna slår han t.ex. sin mamma. Han är visserligen inte stor men blir helt oberäknelig under drogens inverkan

Han skrivs efter kortare behandlingsperioder ut till kontakter med cityenheten eller stundtals socialmedicinska mottagningen. Han har också kontakt direkt med slutenvården. Han själv hör av sig till avdelningen då han mår dåligt. Rutger är en stadig gäst hos RIA (en ekumenisk frivilligorganisation) dit han kommer för att äta, duscha, tvätta sina kläder etc. Han hänvisas av socialsekreterarna till RIAs härbärge som öppnade 1992 och där han för 25 kronor får en sängplats, middag och frukost.

RIAs personal har hela tiden kontakt med Rutgers socialsekreterare. Man försöker även få kontakt med psykiatrin men stoppas p.g.a. sekretessproblem. Sekretessproblemen mellan psykiatrin och RIA löses delvis, men blir desto större mellan socialtjänsten och RIA. Efter en del turer lyckas man dock etablera ett fungerande samarbete.

När Rutger mår för dåligt ringer han RIA för att få hjälp. Han passar inte alltid på härbärgets där andra gäster tycker han är för stökig. När man på RIA ser att han fått skador av kanyler, sår etc tar de honom till sjukhuset där han inte alltid blir så väl behandlad och där man ofta vill bli av med honom så fort som möjligt.

Då hans psykotiska tillstånd blir värre (han hör röster och känner sig förföljd) kan han barrikadera sig i sin lägenhet eller bli mer utagerande på stan. Då händer det ofta att grannar tillkallar polis och han blir tvångsomhändertagen för psykiatrisk vård (LPT).

Det är inte särskilt lätt för polisen att se att Rutger är psykiskt sjuk. I synnerhet inte när han är påtänd. Då uppträder han som vilken missbrukare som helst. Hans psykiska sjukdom framträder mer i svackorna mellan drogtillfällena. Dessutom börjar han bli

känd både på narkotikaroteln och för de patrullerande poliserna. Rutger är inte en försiktig typ. Han blir aktuell hos polisen på ett ganska tidigt stadium, när han börjar springa i "kvartarna"

Hans brottslighet är inte så särskilt imponerande eftersom han inte är smart nog och kontrollerad nog. Den inskränker sig till snatterier, enklare stölder och några enstaka inbrott i övergivna kolonistugor. I regel döms han till böter. Någon enstaka gång till kortare fängelsestraff och vid ett par tillfällen till rättspsykiatrisk vård.

Till följd av sitt leverne både i form av missbruk, dåliga kostvanor, uteliggartliv etc blir hans fysik allt sämre. Han utvecklar hepatit B och hepatit C. Dessa återkommer med jämna mellanrum som uppflammande skov.

Han kommer i slagsmål och faller omkull i berusat tillstånd och drar på sig både armbrott, benbrott och skallskador. Han utvecklar infektioner, inte minst till följd av slarvigt rengjorda kanyler som han inte sköter och uppsöker först då smärtorna eller besvären blir för stora akutmottagningen på sjukhuset. Hans enda regelbundna inkomstkälla är den förtidspension han erhåller från försäkringskassan. När pensionen kommer är också enda gången han har kompisar. Han är oftast tämligen ensam och blir ganska ordentligt utnyttjad av mer förslagna missbrukare. Då dom kommer på besök blir det stökigt i hans lägenhet och både störningsjouren och polis kommer på besök.

Hans kontakter med syskon och föräldrar är mycket sporadiska. Dom har egentligen givit upp hoppet om honom. Han tar kontakt med dom endast då han är i behov av pengar eller annan hjälp. Han stjälar då och då från familjen och kan agera hotfullt. Han har misshandlat mamman vid flera tillfällen. En av gångerna ledde detta till ett kortare fängelsestraff.

Han uppsöker sin familj (både föräldrar och syskon) då han behöver pengar och dom oroar sig för honom. De hör av sig, håller kontakt inför helger som jul & påsk, först efter många besvikelser ger de upp hoppet. De blir frustrerade över att myndigheterna inget gör.

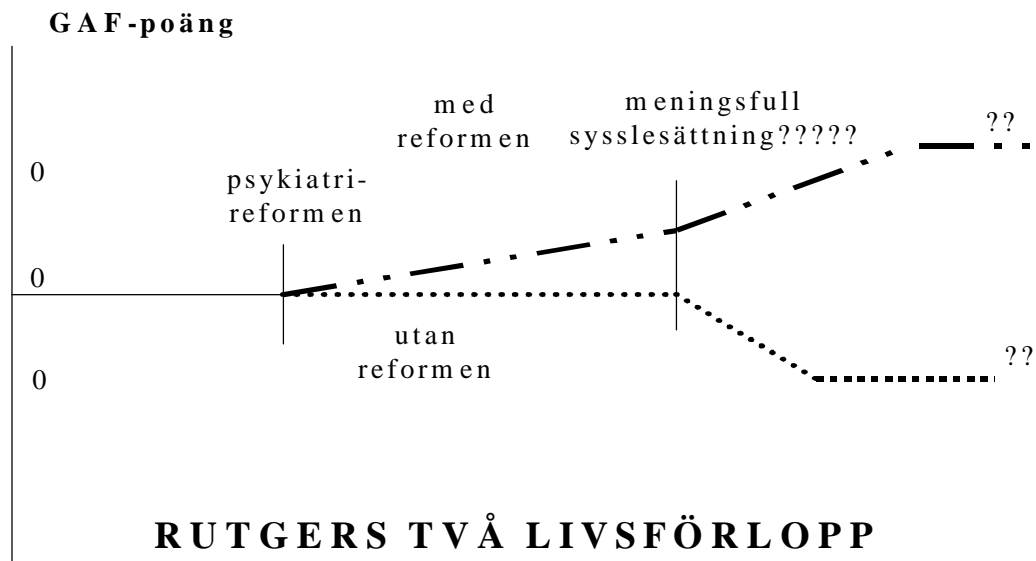
Han är hösten 1995 39 år gammal. Han är psykotisk med grava missbruksproblem. Han nyttjar både alkohol och narkotika. Han uppfattas av omgivningen som en underlig person, en aning udda, stundtals utagerande, men inte särskilt hotfull. Han är 182 cm lång och väger 69 kg. Han ger ett utmärkt intryck. Han har av flera av de sociala myndigheterna börjat betraktas som ett förlorat fall.

3.2 Den stora skillnaden mellan de två förloppen

Vi ska nu studera Rutgers liv utifrån två scenarios. I det första, som vi kallar **worst case** eller trendscenariot antar vi att **psykiatrireformen** och alla de aktiviteter och synsättsförändringar denna medfört **inte har ägt rum**.

I det andra som vi kallar **best-case** eller alternativscenariot **har psykiatrireformens synsätt trängt genom för denna målgrupp**. Den avgörande skillnaden mellan de två

perspektiven är att man i best case tydligare övergått till ett nätverks- och samverkansperspektiv och färre insatser av slutenvårdsnatur och tvångsnatur.



3.3 Uppenbara konflikter kring Rutger

Det finns ett antal olika infallsvinklar kring Rutger där det kan råda intressekonflikter och ett kammersperspektiv kring honom. Är han i första hand psykiskt sjuk eller är han primärt en missbrukare? Ska han försörjas av socialtjänsten eller försäkringskassan? Vem definierar vad som är framgång och misslyckande i arbetet med Rutger? Hur ska han behandlas? Varje aktör slåss för sitt speciella synsätt och perspektiv. Och ibland slåss aktörerna om att slippa ta ansvar, slippa behandla och slippa betala för Rutgers liv. Ingen ser helheten, utan varje aktör agerar utifrån sitt perspektiv. Några av dessa perspektivkonflikter beskriver vi nedan.

Infallsvinkel	Synsätt A	Synsätt B
Försörjning	Sjukdom – försäkringskassa	Avvikande beteende – socialtjänst
Synsätt	Sjukdom – psykiatri	Missbruk – socialtjänsten
Vårdfinansiering	Psykisk sjukdom – landsting	Missbruk – kommun
Framgång	Hopplöst fall – det offentliga	Ej hopplös – frivillig organisationer

Behandling	Psykofarmaka	Miljöterapi
Avvikelse	Straff- rättsväsende	Vård – socialtjänst & psykiatri

Alla dessa perspektivkonflikter leder till att man kan riskera att motverka varandra – avsiktligt eller oavsiktligt. Konsekvenserna för Rutger blir ett sämre liv, och för samhället onödigt dyra och ineffektiva insatser.

4. WORST CASE - OBEROENDE OCH MOTVERKANDE AKTÖRER

4.1 Introduktion

I detta scenario tänker vi oss att psykiatrireformen inte har ägt rum. Vi beskriver en verklighet från 1996 till 2000 som om ”den gamla modellen” i stort skulle fortsätta utan att de tankar kring samverkan och gränsöverskridande som är hjärtat i arbetet med psykiatrireformen har förverkligats.

4.2 Förlopp

4.2.1 1996 – På väg utför

Nyårsdagen 1996 vaknar Rutger upp på akuten på Södertälje sjukhus. Kvällen innan togs han med hjälp av ambulans in, medvetslös, för överdos. Han har legat under natten på IVA. Strax efter det han vaknat beger han sig iväg därifrån till sin lägenhet. Det är inte första gången han hamnat där, men första gången han blivit medvetslös på detta vis. Tidigare har akutmottagningen fungerat som en sorts värmestuga, då han inte haft någonstans att ta vägen eller då ångesten övermannat honom.

Under **vintern 1996** har han upprepade kontakter med sin socialsekreterare Anita, en luttrad kvinna i 50-årsåldern som sett det mesta i missbrukarsvängen. Gång på gång försöker hon uppmana honom till behandling, men med föga framgång. Man diskuterar behandlingshem, och han både besöker och till och med låter sig provinskrivas en vecka på ett sådant behandlingshem som specialiserats sig på människor med hans problem (de professionella kallar det dubbeldiagnos).

Under hela denna period har han en regelbunden inkomst från försäkringskassan i form av sin förtidspension. Han har också bostadsbidrag därifrån. Eftersom han inte kan hålla i sina pengar, får han då och då med viss tveksamhet socialbidrag ofta under förutsättning att han går med på en ny planering, en ny rehabiliteringsinsats, eller

någon annan åtgärd kopplad som villkor till det extra socialbidraget. Han får också då och då matkuponger av Anita. För att hans missär inte ska bli alltför stor ger en biståndsbedömare honom rätt till viss hemtjänst. De perioder då han är mera klar, släpper han också in hemtjänstpersonalen i sin lägenhet. Anita skickar honom också då och då till socialmedicin för medicinering, drogtester eller kurativa inslag såsom stödjande samtal. Samverkansinsatserna med primärvården kring Rutger fungerar överhuvudtaget inte alls.

Under hela detta år lever Rutger ett ganska stökigt men trots allt i viss mån kontrollerat liv. Han begår ett par inbrott för att finansiera sitt missbruk och undgår mirakulöst nog att bli upptäckt. Socialjouren får ingripa vid ett antal tillfällen och han blir också gripen av polisen till följd av sitt störande uppträdande då han vistas i centrum.

Hans missbruk tilltar i omgångar under **våren 1996** och hans läkare inom slutenvårdens öppenvårdsdel, Kim, gör en LVM-anmälan sedan hans lever delvis slutat fungera. Han tas också in för observation under ett par dygn på medicinkliniken på Södertälje sjukhus men ”rymmer” därifrån innan någon riktig diagnos kunnat ställas. LVM-ansökan avslås. Han blir i omgångar allt mer och mer psykiskt sjuk och vistas ibland i korta perioder om några dagar ibland i längre perioder om några veckor på avdelning 30 på Karlberga sjukhus. Han har kontinuerlig kontakt med sin kontaktperson Patrik på avdelning 30, som aktivt söker kontakt med honom och försöker få honom att komma regelbundet för att få sin depåmedicinering

Samspelet mellan socialtjänsten och psykiatrin fungerar under hela denna period tämligen bristfälligt. Det finns glapp, missförstånd och rundgångar på grund av att kontaktmönstret mellan Rutger, socialtjänsten och psykiatrin just är ostrukturerat och oklart. Det sker ingen samordning, det finns ingen som har ett helhetsansvar. Var och en gör så gott man kan och det förekommer ingen långsiktig planering. Skyddsnetet kring Rutger har alltför glesa och stundtals felknutna maskor

Rutger som är i en slags ständig kris söker själv den hjälp där hans akuta problem går att lösa enligt hans uppfattning. Myndigheterna kan inte styra det här beteendet annat än vid tvångstillfällena. Tid, vilja och lust för samarbete och information finns inte. En sådan person som Rutger sätter fart på så mycket känslor hos all personal att det är svårt att alltid handla rationellt

Men i slutet av **maj 1996** blir han så psykotisk att han helt tappar sin verklighetsförankring – han tror under en period att han är en utsänd spanare från planeten Saturnus - och doktor Kim fattar beslut om vård enligt LPT under en månad. Denna vistelse utsträcks till sist till tre månader. I slutet av augusti skrivs Rutger ut. Han är nu i det närmaste drogfri och man har ställt in medicinering på honom så att hans symtom kan hållas i schack. Han är även drogfri bisarr, mycket ängslig, har kognitiva (förvrängd verklighetsbild och nedsatt förmåga att tänka klart och rationellt) och motoriska störningar, (han har ju sniffat till sig en hjärnskada) blir lätt stressad och uppjagad. Men har mår bättre, har gått upp i vikt. Han har inte aktiva hallucinationer, sover någorlunda. Han mår alltså något bättre.

Rutger får en bra höst. Han är nästan symtomfri. Vid ett av återfallstillfällena faller han så illa att han akut måste opereras för ett armbrott på Södertälje sjukhus.

4.2.2 1997 Rutger tappar fotfästet

Januari och februari månader blir för Rutger en tid då han gradvis börjar tappa fotfästet. Han börja missköta både sin medicinering och kontakter med psykiatrin. Han driver omkring alltmer på stan och uppträder allt underligare. Hans lägenhet blir ett tillhåll för andra vinddrivna existenser. Störningsjouren får bråda tider. Grannar klagar och känner sig otrygga. Detta leder till att psykiatrin gör hembesök då och då för vårdintygsbedömningar. Det är dock svårt att få tag i Rutger varför bedömningarna rinner ut i sanden.

Han begår mängder med fåniga småbrott, oftast snatterier. Det flesta gånger åker han fast. Han blir till föremål för många polisingripanden. Vid något tillfälle döms han av tingsrätten till skyddstillsyn, en annan gång till böter.

Våren 1997, samma dag pensionen kommer har Rutger fest i lägenheten. Festen urartar och polishandräckning krävs för att avhysa alla påverkade gäster. Detta blir droppen som får bostadsföretaget att begära vräkning. Vräkningen verkställs med polishandräckning den 20 maj. Rutger är nu hemlös.

Men det är **sommar** och Rutger hittar olika lösningar på hur han ska sova. RIA fyller en viktig uppgift som en fast plats i livet där han kan sova ut i vilorummet, äta och tvätta sig, rentav tvätta sina kläder.

Kontakterna med Anita inom socialtjänsten och Patrik på slutenvårdens öppenvårdsenhet blir färre och mera sporadiska. Han har praktiskt taget helt slutat medicinera och det ser ut som om han använder sina droger som en sorts egenmedicinering. Då ångesten, hungern eller tröttheten blir alltför stor uppsöker han akutmottagningen på Södertälje sjukhus, där han är en välkänd person.

Men han glider också ut och in ur olika kvartar och dras med i det gäng som driver runt i centrala Södertälje. Ibland begår han småbrott, snatteri, cykelstölder etc. De ger inte mycket pengar, men då och då blir han till föremål för polisingripanden. Han är med om ett större villainbrott, som inte leder till något större byte, men väl en tämligen vandaliserad villa.

Han är också fysiskt sjuk mellan varven. Han får allvarliga infektioner, sårskador, ramlar och slår sig, får hjärnskakning, måste sys. Några gånger går han till vårdcentralen. Men oftast slinker han in på akuten där han är välkänd av nattsköterskan, Edith. Akuten blir inte bara en plats där han kan få sår omsedda, det blir också en plats dit han går då han behöver sova ut. Ett ovanligt dyrt natthärbärge, tycker någon.

Flera gånger under hösten 1997 får han akuta psykotiska tillstånd som innebär att han antingen på egen hand eller efter handräckning från polisen tas in först på akuten och därefter slutet vård; avdelning 30. Några gånger får han transport till psykakuten på Huddinge sjukhus. Rehabgruppen på den psykiatriska kliniken jobbar under några perioder ganska intensivt med Rutger, men släpper sedan taget om honom. Ibland bollar han till socialjouren som inte har något annat att erbjuda än bussbiljetter till nattbussen i Stockholm där han kan sova sig genom natten.

Han pressar familjen hårt, som i sin tur ligger på Anita för att få till stånd någon form av tvångsvård. Men man lyckas inte. Det finns egentligen vare sig lagliga möjligheter till detta eller någon egentlig vilja från kommunens sida att satsa på Rutger. Man tycker att man har andra, mindre hopplösa fall att ta hand om. Rutgers mamma far mycket illa under denna period av att se sin son gå ner sig inte bara psykiskt utan också fysiskt. Han är numera nästan helt tandlös.

Julhelgen 1997 blir en dramatisk tid för familjen. Rutger som fortfarande är hemlös, mår psykiskt mycket illa. Han är i desperat behov av bostad, vård, få sova ut, pengar, droger. Allt!!! Det blir familjen som blir fokus för hans attacker. Han tränger sig på både hos syskon och föräldrar, som försöker vara till hjälp. Men till slut blir det för mycket. Med polisens hjälp avhyses han flera gånger.

4.2.3 1998 Ytterligare ett försök att komma tillbaka

Rutger överfaller sin mamma **trettonhelgen 1998** Polisen kommer och han arresteras. Rättsväsendet ser så allvarligt på det att han först häktas under några dygn. Därefter genomförs en större rättspsykiatrisk undersökning på honom. Under den tid denna genomförs finns Rutger på rättspsyket på Huddinge sjukhus. Han blir därefter dömd enligt LRV men utan särskild utskrivningsprövning. Han kommer nu att vårdas inom den psykiatriska slutenvården enligt denna dom under tre månaders tid.

Under tiden sker ett visst samarbete mellan socialtjänsten och psykiatrin. Rutgers föräldrar, påhejade av RIA, ställer nu krav på att man ska göra något för honom efter det att han fått sin rättspsykiatriska vård.. Och mirakulöst nog lyckas man med detta. Man ordnar med en behandlingshemplats åt honom. Från slutenvården skrivs han direkt ut till det mycket kvalificerade behandlingshemmet Päröngården som ligger på Södertörn.

Rutger vistas på behandlingshemmet våren 1998. Den planerade vistelsen var avsedd att vara i 6 månader, men efter 3 månader avviker (mitt under sommaren, då en stor del av behandlingspersonalen har semester) han vid en permission. Suget efter droger och kompisar blir för stort.

Han drar omkring i centrum i Södertälje tillsammans med en liten grupp av andra missbrukande och sjuka människor. Han sover ibland ute på nätterna, besöker ofta RIA, övernattar någon natt på akutmottagningen och någon enstaka gång hos någon kompis som ännu har sin lägenhet kvar. Under denna månad lyckas han begå ett antal småbrott, blir gripen av polis ett flertal gånger, söker upp och hotar sina föräldrar, ramlar berusad och slår sig i huvudet och ansiktet och får söka upp både akutmottagningen som akuttandvården.

Rutger återinskrivs efter en månad på Päröngården. Pengarna har tagit slut och han har ingenstans att ta vägen. Han vet också att han har ett LVM-omhändertagande hängande över sig och han fullföljer sin period på behandlingshemmet. Innan han återinskrivs vistas han några dygn på avgiftningen på Huddinge sjukhus och därefter tre veckor på Karlberga sjukhus där medicinering sätts in på nytt

Vistelsen på Pärongården fungerar förhållandevis bra. Rutger får fin kontakt med en av terapeuterna och hans slumrande konstnärliga och musikaliska talanger får tillfälle att spira. En del av detta kanske kan tillskrivas att Rutger nu sköter sin medicinering ordentligt. Från Pärongårdens sida är man noga med att förbereda Rutgers utskrivning och man ligger aktivt på kommunen för att tillsammans med socialsekreteraren Anita hitta någon form av bostad

Då Rutger skrivs ut i november 1998 erhåller han en lägenhet med social kontrakt hos Telgebostäder i Hovsjö. En etta. Hans kontakter med psykiatrin är inledningsvis goda, men bortsett från de tillfällen han besöker sin läkare Kim, kontaktpersonen Patrik eller socialsekreteraren Anita, är Rutger en mycket ensam person.

Han sitter i sin lilla etta uppe i Hovsjö överlämnad till sitt öldricken, cigarettökande, hallucinationer, drogsug och längtan efter vänner. En viss stabilitet lyckas han upprätthålla inte minst tack vare kontakterna på RIA.. Trevande försök att återupprätta familjebanden görs. Men ingen orkar ta tag i detta på riktigt allvar. Han har dagtid egentligen inga andra kontakter än de sporadiska träffarna med personal från psyk rehab och några besök från hemtjänsten. Ibland släpper han in dem, ibland inte.

Under december månad blir han allvarligt sjuk. Det visar sig efter ambulanstransport till akuten i Södertälje vara bukspottskörteln som krånglar. Han vårdas på intensivvårdsavdelningen och medicineras för detta. Rutger vistas julafton 1998 på sjukhus.

4.2.4 1999 Rutger tappar fotfästet igen

Efter helgerna skrivs Rutger ut. Han befinner sig åter en gång på det sluttande planet och tidigare trista återfallsmönster återupprepas. Han missköter sig allt mer och mer. Fler polisingripanden, stölder, snatterier, störningsjouren och våren 1999 är vräkningen återigen ett faktum. Han är åter en gång hemlös

Samma tragiska mönster upprepas ännu en gång. Men nu är Rutger i så dåligt skick, både psykiskt och fysiskt att han inte orkar upprätthålla "det vilda livet". I stället blir han med allt tätare intervall tillfällighetskonsument av psykiatrisk slutenvård som han efter kortare eller längre tid rymmer från. Hans besök på akuten blir fler. Ofta har han sårskador som måste sys. Han tas in för överdos vid 3 tillfällen sommaren 1999 då han av en slump kommit över heroin.

Han skadas också tämligen illa i ett droglagsmål på gågatan och måste transporteras i ambulans till sjukhuset där han opereras för knivhugg i bröstkorgen och magen, Skadorna är inte livshotande.

Nu har han det riktigt besvärligt. Missbruket tilltar – LVM verkar vara i faggorna. Ingen vill riktigt veta av honom. Alla relationer och förtroenden är körda i botten Anita pratar med Kim och menar på att detta är ett psykiatriskt problem och tycker att LPT är mera relevant. Man bollar Rutgers ärende fram och tillbaka.

Vid ett par tillfällen är Rutger så psykotisk att han blir omhändertagen enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT). Men så fort det akuta sjukdomstillståndet har hävts rymmer han från vårdavdelningen, och ingen har juridisk makt att stoppa honom

Till slut finns det ingen annan lösning än vård enligt LVM. Ett sådant beslut föreslås också av kommundelsnämnden och länsrätten fattar beslut om detta med underlag av nämndens ansökan och för en gångs skull har man kommit överens med psykiatri om att hälftenfinansiera insatserna. Rutger skrivs in på LVM-institutionen Skrapan. Detta är ett behandlingshem med en mindre professionell och terapeutisk framtoning än Pärongården och tvångsinslagen är tydliga. I en första period beslutas att behandlingstiden ska vara sex månader.

Genom gemensamma ansträngningar från Rutger själv, Kim och föräldrarna lyckas man, trots ett visst kommunalt motstånd (man ser det som meningslöst – Rutger betraktas som ett förlorat fall) få honom överflyttad till behandlingen på Pärongården i slutet av december. Han firar också sin jul där.

4.2.5 2000 – på väg tillbaka – för vilken gång i ordningen???

Behandlingsarbetet på Pärongården framskrider under våren 2000 på ett bra vis. Samarbetet med psykiatrin fungerar bra och Rutger utvecklas både personligt, psykiskt och fysiskt. Under denna tid görs ett antal insatser för att förbättra hans tandstatus.

Han reagerar bra på mediciner och får till och med besök både av syskon och föräldrar. Det ser förhållandevis ljusst ut då han skrivs ut maj 2000 för att åter en gång pröva på boende med socialt kontrakt.

Men trots alla föresatser blir framgången kortvarig. Det tar inte många veckor innan Rutger åter en gång tappar fotfästet och vi är tillbaks i samma gamla onda cirkel av droger, hallucinationer, fyllefester, småbrott, polisingripanden etc. Strax efter sommaren mister han åter en gång sin lägenhet. Nu finns det inte många som har tron kvar på Rutger. RIA och sjukhusets akutintag blir de sista utposterna. Med ojämna intervall tas han in på psykiatrins slutenvård där vårdepisoderna kan variera mellan några få dagar och ett par veckor. Hans behandling avslutas aldrig planmässigt.

Nyårsafton 2000 firar Rutger tillsammans med ett antal andra vinddrivna, trasiga personer på RIA. Man äter, man pratar, lyssnar på musik. På väg därifrån skickas plastflaskan med T-sprit fram och tillbaka. Det gäller att få den värme man kan få innan det är dags att krypa ner under presenningen ute på bangården....

4.3 Mönster i worst case

4.3.1 Mönster i stort

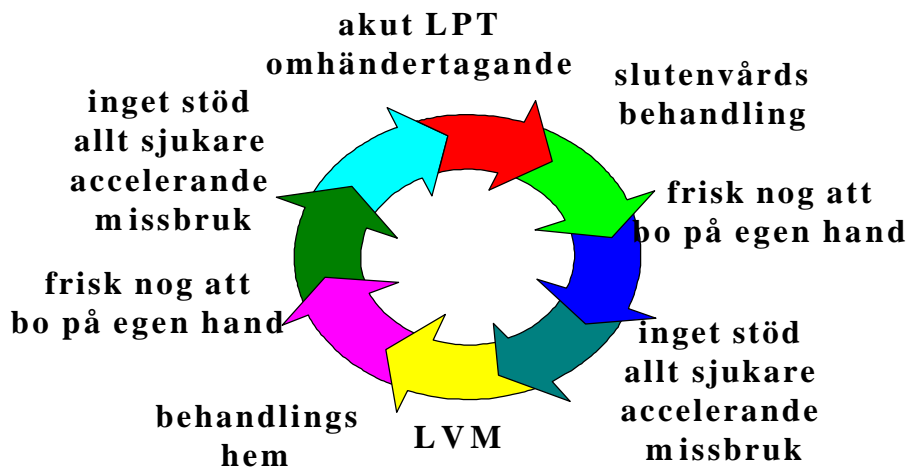
Om man i telegramtext skulle sammanfatta bilden kring Rutger i detta som vi kallar "worst-case", kan vi urskilja följande mönster

- **ingen** aktör har en **helhetsbild** av Rutgers situation och hans problem. Man har ingen gemensam målsättning för vad man vill uträtta kring Rutger. Finns någon sådan är den i varje fall diffus och oklar. Det finns en uppgivenhetsstämpel över situationen
- även om man som aktör skulle ha en helhetsbild har man **inga redskap eller mandat** att agera förrän sjukdomen eller missbruket har framskridit ganska långt. Man är också rädd och försiktig med att "trampa varandra på tårna" i samverkan mellan de olika myndigheterna. Detta gör t.ex. Rutgers anhöriga mycket frustrerade. Det finns överhuvudtaget ingen som helst meningsfull sysselsättning för Rutger dagtid – han överlämnas helt till sig själv
- alla aktörer kring Rutger agerar **kortsiktigt** och delvis slumpartat utan att sätta in åtgärderna i ett större och mera långsiktigt sammanhang
- det råder **kommunikationsglapp och dragkamp mellan de olika aktörerna** – de vet lite om varandra, står ibland i konflikt både då det gäller pengar och synsätt. Inte minst polisen och frivilligorganisationerna står utanför. Man är inte överens om huruvida man pratar om ett psykiatriskt problem, ett missbruksproblem eller kombinationen av dessa båda
- insatser som behandlingshem, slutenvård, LVM, LPT blir olika komponenter **i en sorts svängdörrspsykiatri** och som inte ingår i något större sammanhang. De flesta insatser är kortsiktiga och av fragmentarisk natur. Som en följd av detta blir åtgärderna man sätter in ofta **slumpmässiga, stundtals motverkande**
- vi får betydande **rundgångseffekter och övervältring** mellan parterna – en kamp om att slippa betala och som en följd av detta skapas **onda självförstärkande cirklar**
- * **ingen lyssnar på Rutger**, han blir ett behandlings- och åtgärdojekt, inte ett agerande subjekt. Han lyckas ständigt **straffa sig ut** ur alla konstruktiva och potentiellt långsiktiga behandlingsinsatser

4.4 Några tankeväckande figurer från Rutgers fragmenterade värld

4.4.1 Fragmenteringens onda cirkel

Som en följd av ovanstående får vi en ond, självförstärkande negativ spiral. Rutger blir akut omhändertagen, han får slutenvårdsbehandling till han bedöms frisk nog att bo på egen hand. Då skrivs han ut, i huvudsak utan stöd, eller ut till en verklighet som har ett skyddsnet med alltför glesa masker. Han blir allt sjukare och missbruket accelererar. Som en följd av detta skrivs han kanske in på ett behandlingshem med stöd av LVM, tills han är frisk nog att bo på egen hand. Han flyttar ut, missbruket och sjukdomen accelererar på nytt tills det är dags för nästa akuta omhändertagande. Och så snurrar Svarte-Petterkarusellen på, varv efter varv, varv efter varv

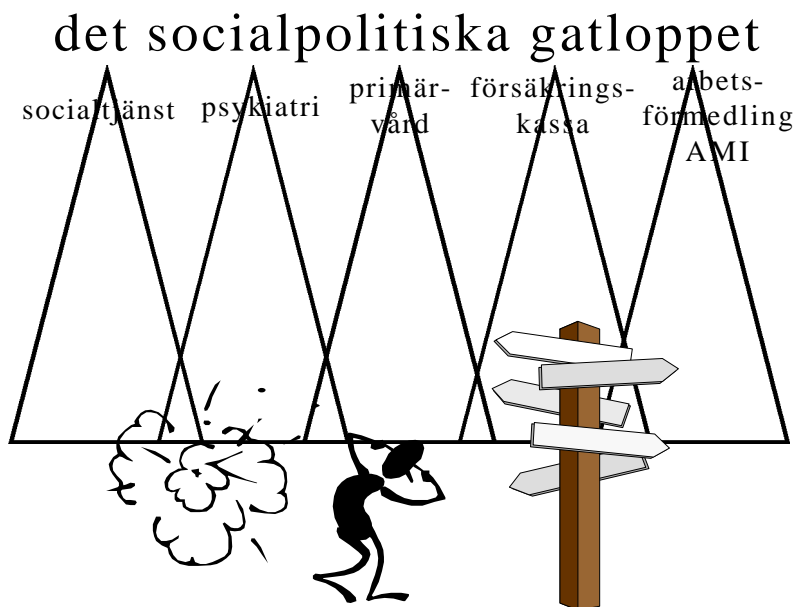


4.4.2 De kommunicerande kärnen som alla negligerar

Denna karusell är följden av vårt sätt att organisera offentlig verksamhet i ett antal parallella och i bästa fall oberoende hierarkier. I värsta fall motverkar de varandra.⁴ Varje sådan struktur har sitt synsätt, sin begreppsapparat, sin världsbild och sina behandlingsideal. Vi har till och med olika namn på Rutger; klient, patient, försäkringstagare, arbetssökande, kund, brukare eller varför inte "ärendet Rutger".

4 se vidare SOU 1996:35, Egon Jönsson

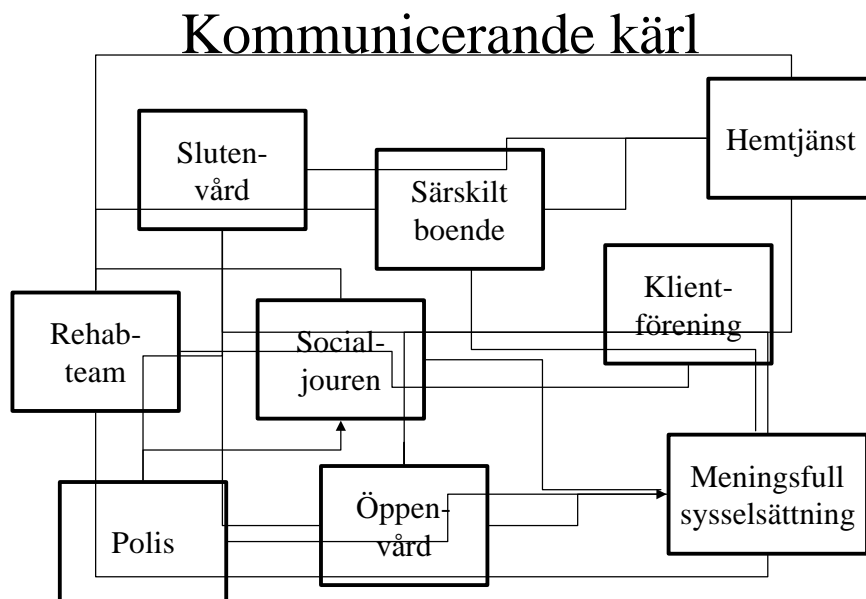
Konsekvensen är att Rutger får löpa en sorts **socialpolitiskt gatlopp**⁵ mellan de olika aktörerna och på bästa vis försöka hantera de perspektivkonflikter han utsätts för. Han ska inte bara vara sjuk han ska dessutom medla mellan dessa olika synsätt och integrerar dem i sig själv. **Man måste sannerligen vara riktigt frisk för kunna orka vara sjuk i en sådan värld.**



I praktiken fungerar detta en aning sämre än så. Det är nämligen på det viset att det en aktör gör i högsta grad påverkar inte bara Rutger utan också direkt eller indirekt effekterna av alla andra insatser i positiv eller negativ riktning. **De olika aktörernas agerande påverkar varandra som kommunicerande kärl.** Låt oss exemplifiera.

Om socialtjänsten beslutar sig för att skicka Rutger till ett behandlingshem påverkar detta naturligtvis inte bara Rutgers liv utan även hans kontakter med och möjligheter för en bra psykiatrisk behandling. Eller ta ett annat exempel. Låt oss anta att meningsfull sysselsättning dagtid är viktigt för Rutger men att han är så resurskrävande att dagens kostnad på 100 kronor/dag inte räcker för att möta hans behov. Låt oss vidare anta att en dubbling av dessa insatser skulle göra det möjligt att ta med Rutger i ett sådant arbete. Var ska vi ta pengarna? Om vi sänker kostnaderna för det särskilda boendet från 800 till 700 kronor (dvs med 12%, en ganska blygsam förändring som kan erhållas t.ex. genom ”glesare” schemaläggning av personal) kan vi uppnå en fördubbling av insatserna dagtid. **I vilken verksamhet ger den sist insatta kronan störst positiv effekt på Rutgers liv?** Den spontana reflektionen pekar nog åt att den borde satsas på att öka insatserna för meningsfull sysselsättning på bekostnad av det särskilda boendet.

5 se vidare Nilsson, Vi byggde nätverk, rapport till psykiatireformens ledningsgrupp i Södertälje.



Poängen är inte om detta är rätt eller fel. Poängen är att ingen enskild aktör kan uträtta ett bra arbete kring Rutger om hans arbete bryts ut ur en helhet. Och har vi ingen helhetsbild är risken stor att varje aktör gör så gott han eller hon kan och att ingen beaktar hur detta slår totalt sett för Rutger.

4.4.3 Moment 22-mekanismen, för att bli till föremål för behandling måste man redan vara frisk

I Joseph Hellers bok moment 22, beskrivs hur soldater för att kunna bli befriade från krigstjänst måste befinnas vara tokiga. Men om man är så klar i huvudet att man kan ansöka om krigsbefrielse på grund av sin galenskap, anses man vara så frisk att man inte kan erhålla befrielse. Moment 22.

Lite grand samma situation befinner sig Rutger i. För att kunna få behandling för sina problem måste han först vara frisk eller symtomfri. Här är några exempel på sådana situationer

- för att kunna delta i meningsfull sysselsättning måste du vara drogfri, men om du inte har något att sysselsätta dig med, ökar suget efter droger
- för att kunna behandlas för ditt missbruk får du inte vara psykotisk, men om du missbrukar utlöser detta kanske psykoser
- för att kunna få behandling för sitt drogmissbruk måste du redan vara drogfri (testad)

- för att kunna få sjukbidrag måste du vara så frisk att du kan medverka i rehabiliteringsplaneringen, men då kanske du inte längre är så sjuk att du är berättigad till sjukbidrag
- för att behandlas för din psykos får du inte vara neddrogad

Man kan undra varför dessa regler sätts upp. Kan det vara så att de som arbetar med dessa frågor inte ser helheter? Förstår dom inte bättre? Eller är det så att varje aktör har sin speciella uppfattning om att just deras bild av begreppet helhetssyn är den rätta?

Eller är det helt enkelt så att dom är rädda för det okända? Psykiatrins personal är rädda för missbrukarbeteenden och missbrukarvårdens personal rädda för ”galenskapen”? Den komplicerade problembild Rutger visar upp motsvaras inte av den specialiserade kompetens de olika aktörerna har var för sig.

Kanske får vi här samma problembild som då ett barn som inte klarar barngruppen på dagis – personalens och den övriga barngruppens behov går före det utsatta barnets behov. Ingen kan eller vill hantera helheten, alla är rädda för något. När moment-22 mekanismen är som mest aktiv föreligger bara två alternativ för Rutger – omhändertagande med stöd av någon form av tvångsmedel för att få in honom ”i systemet” eller att låta honom driva vind för våg. Båda valen lika destruktiva.

4.4.4 Öst är öst och väst är väst - och aldrig skola dom två mötas

Psykiatireformens utgångspunkt handlar om att för gruppen psykiskt funktionshindrade klargöra rollfördelning mellan kommun och landsting samt genom detta, ge denna grupp förutsättningar för ett bättre liv. En stor del av diskussionen kring denna reform har kommit att handla om en sorts dragkamp mellan kommun och landsting om var ansvarsgränser i behandlingsarbetet och gränser för finansiellt ansvar går. En sorts dragkamp av följande natur;

Kommun ↔ Rutger ↔ landsting

Det är ganska lätt att falla i fällan och tro att konflikterna kring Rutger i första hand handlar om denna konfliktaxel. Men så är, såvitt vi kan se det, inte fallet. Det stora problemet kring Rutger handlar om att bestämma om han i grunden är en missbrukare med psykiska sjukdomar eller en psykiskt sjuk människa med missbruksproblem.

Psykisk sjukdom ↔ Rutger ↔ Missbruk

Vi får alltså en helt annan konfliktaxel. Och denna axel skär inte enbart över huvudmannaskapsgränser, dvs det område som berör psykiatireformen, utan skär i lika hög grad tvärs genom respektive organisation. Vi får nu en dragkamp om dessa frågor som samtidigt går i flera dimensioner; mellan huvudmännen och inom respektive huvudman. Och i Södertälje är det så ordnat att beroende på hur man ser på

huvudmannaskapsfrågan och problembild kan vi få fyra olika aktörer involverade i Rutgers liv.

	Missbruksproblem	Psykiskt problem
Landsting	Missbruksenheten	Psykiatrisk klinik
Kommun	Socialtjänsten	Psykiatrireformen

4.5 Den självklara slutsatsen

4.5.1 Tre nödvändiga ingredienser

Den offentliga sektorn är uppbyggd på ett sådant vis att varje problem som ska lösas har en given aktör för denna uppgift; influensa på vårdcentralen, sjukpenning på försäkringskassan, dagisplats inom barnomsorgen osv

Men för Rutger fungerar det inte på det viset, Hans problem skiftar beroende på vilket perspektiv man anlägger. Hans liv är som ett kaleidoskop. Bilden skiftar ständigt. Är det ett **socialt problem, ett missbruksproblem, ett psykiskt problem, en somatisk åkomma, ett försörjningsproblem ett sysselsättningsproblem eller vad är det?**

Svaret är att det är allt detta, inget av det och mer än allt sammantaget. Det är **ett komplext multiproblem bestående av ett flertal komponenter** som samverkar och förstärker varandra och där misslyckande inom ett fält kan omkullkasta ansträngningar inom alla andra fält. Ett klassiskt fall av att kedjan inte är starkare än sin svagaste länk. En situation som vi – i worst case - försöker lösa med på klassiskt vis **snuttifierade, sektoriserade, avgränsade och specialiserade insatser**. Naturligtvis går det åt pipan.

Ska det finnas någon rimlig chans att bistå Rutger med att hitta ett anständigt liv måste detta, såvitt vi kan förstå, präglas av tre självklara ingredienser

- ett **multikompetent team** med mandat och resurser att se och tackla hela Rutgers problematik⁶
- en **helhetssyn** där samtliga delar i Rutgers problembild tacklas⁷
- **långsiktighet och uthållighet** i arbetet med Rutger – teamet får inte ge upp och Rutger får inte ha någon möjlighet att kunna ”straffa sig ur” situationen

Som vi kan förstå det **utgör nätverket som organisationsidé en tänkbar och användbar lösning på detta problem**⁸.

4.5.2 Människan – hemligheten bakom framgång

Men bakom detta resonemang döljer sig också något annat. Under arbetets gång har det växt fram en bild som pekar på att många som arbetar inom det sociala och psykiatriska arbetsfältet uppfattar den grupp som Rutger tillhör som en ”förlorad grupp”, ett knippe hopplösa fall. Sådana som ingen orkar med eller vill ta sig an. Själva hopplöshetskänslan skapar en sorts självbegränsande profetior och självförstärkande onda spiraler.

Nyckeln till att lyckas med att närma sig och arbeta med Rutger ligger i tron på att det faktiskt går. Tron att loppet inte är kört. Med andra ord finner vi här, som inom så många andra arbetsfält att nyckeln bakom framgång ligger i att **det finns enskilda människor** som valt att jobba med denna typ av svåra problem därför att de tror att de går att hantera och i viss mån att lösa. En sorts bekräftelse på det gamla talesättet om att tron kan försätta berg.

Om detta stämmer är en av de viktiga ledningsuppgifterna för kommun och landsting i arbetet med personer som Rutger att hitta dessa människor och ge dem möjlighet att förverkliga sina idéer. Som vår kalkyl längre fram kommer att visa är detta sannolikt inte bara en etiskt rimlig åtgärd utan dessutom en utomordentligt lönsam affär.

6 Denna idé tillämpades i Södertälje redan för tio år sedan i samverkansprojektet Fyren, se arbetsrapporter Nilsson, 1989-90

7 det är detta synsätt som försöker tillämpas i de s.k. socsamförsöken

8 denna organisationsmodell tillämpas nu t.ex. i det omfattande samverkansarbete som sker inom ramen för det som kallas Valfärd i Nacka

5. SAMVERKANDE AKTÖRER – MED PSYKIATRIREFORMEN

5.1 Inledning – ett best case som ännu inte finns

Vårt uppdrag är och har varit att studera de ekonomiska effekterna av psykiatrireformen för den grupp av människor som Rutger representerar. Anslaget har varit att studera verkligheten dels som om reformen inte ägt rum (worst case) och dels verkligheten efter genomförd reform. Detta har lett till två problem.

Det första har att göra med att problemet med **denna målgrupp primärt inte berörs av psykiatrireformen** – den har i lika hög grad att göra med problem både inom kommun och inom landstingvärlden att hantera dessa frågor – är han primärt psykiskt sjuk eller är han missbrukare - som med reformen som sådan.

Det andra problemet är att i Södertälje, som på så många andra orter har arbetet med denna grupp kommit igång sent och arbetet är ännu i sin linda. **Det finns alltså ännu inget best-case fullt utvecklat.** Det existerar fortfarande som välutvecklat embryo, men inte mer.

Vad ska vi göra då? Lägga ner jobbet med att studera best case? Vi valde en annan väg. I Södertälje finns en mycket lovande verksamhet som är i sin linda: Den kallas **mobila teamet och/eller det psykiatriska missbruksteamet.** I denna grupp finns en verksamhetsidé och metodik som tar sin utgångspunkt i just Rutgers behov. Det finns också en grupp hängivna människor som bemannar detta team.

Det vi har gjort är följande. Vi har skapat **ett best-case som utgör en sorts vision.** Eller kanske snarare en **positiv extrapolering** av de erfarenheter som finns idag. Till det visionära tillståndet skulle vi kunna komma om vi tillämpade alla dom kunskaper vi har i dag och använde de organisationslösningar som bäst gynnar målgruppen Rutger.

Vi har alltså valt att utgå från de tankar och erfarenheter som finns från verksamheten med det mobila teamet (men även i detta byggt in positiva erfarenheter från andra delar av landet), utvecklat denna idé och konsekvensbeskrivit den. Möjligheten med detta är att vi faktiskt kan skaffa oss en bild i förväg av vad en förverkligad vision kan innebära i form av ekonomiska konsekvenser (som ekonom skulle man säga att vi kan göra **en visionär investeringskalkyl** kring vad en viss åtgärd innebär). Faran är naturligtvis att vi idealiserar och skönmålar en verklighet som inte är trovärdig.

Vad vi helt enkelt har gjort är att låta best-caseförloppet i vår kalkyl, utformat såsom ett psykiatriskt missbruksteam, starta drygt två år tidigare än vad som varit fallet i verkligheten. Den verkliga starten ägde rum våren/försommaren 1998. Vi låter den i vår kalkyl inträffa sensommaren 1996.

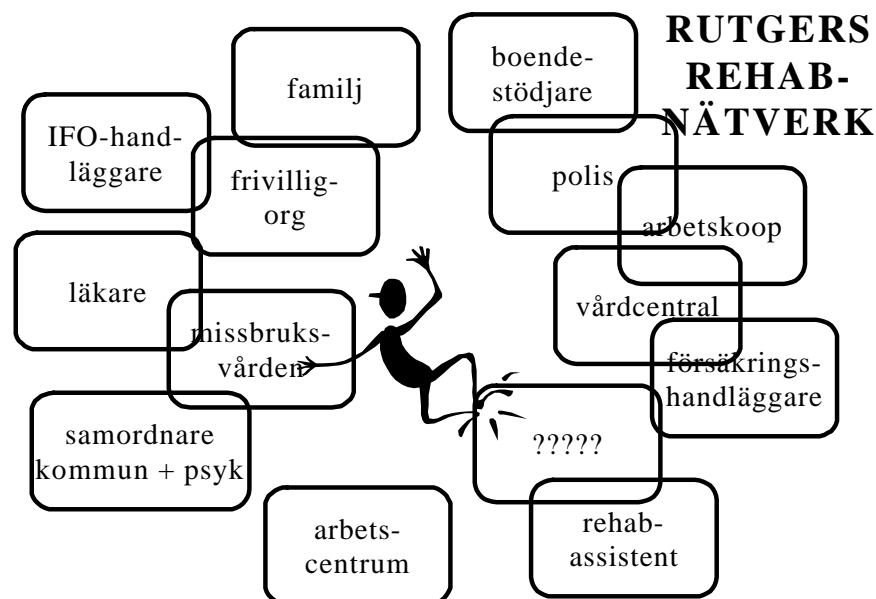
5.2 Kännetecknen i stort

Nedan beskriver vi visionen i några olika steg för att därefter gå över till att beskriva vårt visionära best-case.

5.2.1 Organisationsidé – det utvecklade nätverket

Om det är något som utmärker worst case så är det hur fragmenteringen av insatserna för Rutger och kampen om de olika perspektiven tvingar in honom i ett social-politiskt gatlopp av värsta sort. En orsak bakom detta är att verksamheten är uppbyggd i parallella hierarkiska strukturer. Motpolen till detta vore att **organisera arbetet kring Rutger i någon form av nätverksmodell.**

En av poängerna i en sådan modell är att olika perspektiv inte uppfattas som konkurrerande utan som olika bidrag till en helhetssyn. Alltså bör arbetet kring Rutger utgå från en nätverksbaserad organisationsmodell som bygger på det nätverk som redan finns kring honom idag.



För att ett nätverk ska kunna vara mer än en arbetsstruktur krävs några olika saker, man bör ha **gemensamma mål, gemensamma värderingar, någon form av lednings- och informationsstruktur, någon eldsjäl som driver processen och någon form av arbetsstruktur**⁹. Denna organisationsmodell brukar på modern organisationsprosa kallas imaginära organisationer, gränsöverskridande organisationer, stundtals (om än en aning missvisande) projektorganisationer eller

9 Se vidare Nilsson, Välfärd i Nacka, strategi för samverkan i imaginära organisationer

postmoderna organisationer. Modellen prövas för olika målgrupper både inom offentlig sektor och inom privat näringsliv på flera ställen i landet just nu¹⁰.

Det utvecklade nätverket är normalt sett ingen ny organisationsstruktur utan det är en modell där man fogar samman och utnyttjar redan existerande resurser för att sträva mot samma mål i stället för att motverka varandra eller ignorera varandra. Men det måste baseras på ett **gemensamt intresse** och strävan efter att uppnå ett **gemensamt mål**.

5.2.2 Arbetsform - gemensam vårdplanering – strukturerat nätverksarbete

Ett grundläggande problem i arbetet med Rutger i worst-case, är att helhetssyn och långsiktighet saknas (även om socialtjänsten kanske kan anses ha ett uppdrag att initiera samverkan). Det finns ingen aktör vars uppgift är att tänka eller agera bortom den egna diagnosen, organisationen eller tidshorisonten.

Det krävs någon form av arbetsinstrument med vars hjälp man kommer förbi detta. Kanske är **den gemensamma vårdplaneringen i nätverksform** ett sådant instrument¹¹. En modell där alla kring Rutger berörda sätter sig tillsammans (rehab – nätverket) och utarbetar en gemensam plan med dessa utgångspunkter. För att detta ska kunna fungera krävs några saker;

- någon måste ha denna uppgift, och denna någon måste uppfattas som **legitim företrädare** för skapare av en helhetssyn kring Rutger, vilket förutsätter att man har **mandat och förankring inom de existerande linjeorganisationerna** och inte uppfattas som konkurrent
- denna någon måste företräda ett helhetsintresse så att arbetet kring Rutger inte baseras på vilken problemdefinition (eller diagnos) som för tillfället råkar gälla – **helhetssynens apostel**
- denna någon måste ha till uppgift att vara ”Rutgers sista bastion”, en aktör som aldrig släpper taget kring Rutger, som likt en ettrig terrier biter sig fast i Rutgers hälsena, oavsett vilka försök att straffa sig ur sammanhanget som han tar till – **långsiktighetens och kontinuitetens advokat**

10 se Hedberg m.fl. Imaginära organisationer, 1996 samt Nilsson & Lundmark, Gränsöverskridande ledarskap, SEE, 1998

11 denna arbetsmodell har vi stött i många samverkansprojekt kring äldre sjuka i Nordanstig, kring långtidsarbetslösa i Orsa, kring svårplacerade på arbetsmarknaden i Katrineholm, kring utsatta barn i Värmdö, kring psykiskt långtidsjuka i Sundsvall etc

5.2.3 Gemensamt uppdrag, strategi och synsätt

Ska man framgångsrikt kunna arbeta kring Rutger på lång sikt tror vi att följande särdrag bör utmärka verksamheten;

- bearbeta drogproblemet på ett sådant vis att den psykiska sjukdomen går att behandla
- man behöver inte vara helt drogfri för att kunna behandlas
- man behöver inte vara symtomfri från den psykiska sjukdom för att få behandling för sitt missbruk
- man ska inte kunna straffa sig ur processen
- Rutger ses som ett agerande subjekt, inte ett behandlat objekt
- i arbetet blir en viktig del att restaurera familjenätverket och andra sociala nätverk som Rutger kan ha haft
- frivilligorganisationerna blir en viktig samverkanspart
- arbetet baseras på gemensamma mål/uppdrag och gemensamma värderingar och synsätt

5.2.4 Eget boende och meningsfull sysselsättning kärnan

Kärnan i de flesta människors vardagsliv är att ha **en bostad**, som man kan kalla sitt hem (vilket inte nödvändigtvis behöver betyda egen lägenhet) och att finnas i ett sammanhang där man upplever sig vara viktig och behövd. Att utträta något som är viktigt – att ha en **meningsfull sysselsättning** (vilket inte nödvändigtvis behöver betyda arbete i konventionell mening). Detta bör såvitt vi kan se det också bli fokus för arbetet med Rutger.

Detta betyder att behandlingshem, vårdtillfällen och andra insatser ingår som **länkar i en kedja** i arbetet med Rutger och att alternativ till slutenvårdsbehandling och behandlingshem skapas.

På samma sätt blir det viktigt att få in arbetet med Rutger på ”gårdarna” som i Södertäljes fall utgör ett sorts nav i psykiatireformens arbete. En plats som både ger struktur, socialt sammanhang och början till vad som skulle kunna kallas meningsfull sysselsättning.

5.2.5 Ett multikompetent team - arbetsredskapet

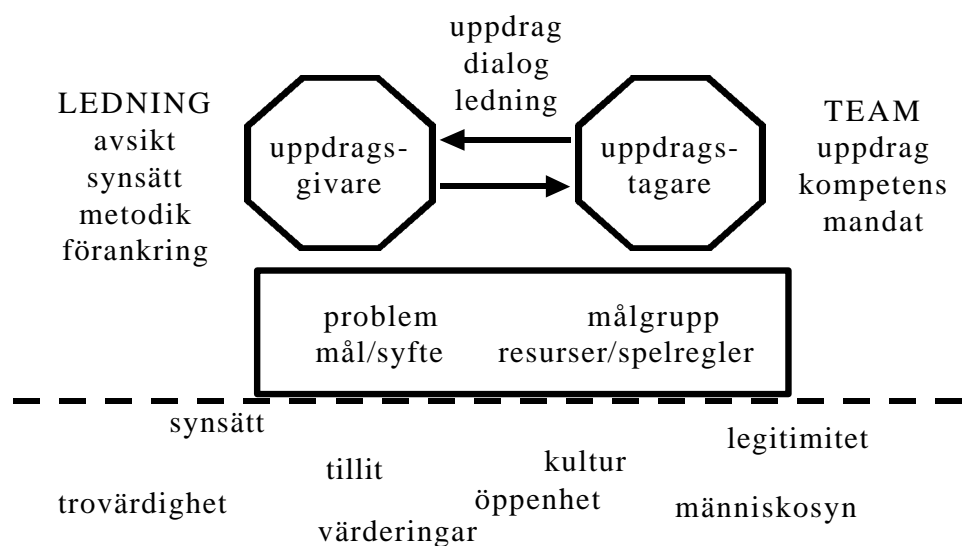
En alldeles uppenbar slutsats är att för att arbetet med Rutger ska kunna fungera måste det finnas ett team som arbetar med hans problem. Detta team måste **ha ett uppdrag**

och mandat och ha kompetens som motsvarar de problem som ska tacklas. Multiproblem måste rimligtvis hanteras med multikompetens.

Men inte nog med detta. Teamet måste ha **ett uppdrag** som måste ges av någon form av uppdragsgivargrupp som med utgångspunkt i **ett synsätt och en metodik måste ha en avsikt med detta uppdrag.**

Uppdraget måste ange **vilket problem som ska lösas, hur målgruppen ser ut, vilka mål som ska nås och vilka mandat och spelregler** som gäller för arbetet. Man måste också ha en **förankring** i den egna linjeorganisationen. Allt detta måste ske i en sorts ledningsdialog mellan uppdragsgivare och uppdragstagare.

Och för att arbetet ska vara framgångsrikt måste det baseras på ett antal **underliggande synsätt och värderingar** som är gemensamma. De olika komponenterna i ett sådant gränsöverskridande multikompetent teams arbete illustreras i figuren nedan¹²



den gränslösa organisationens födelse Ingvar Nilsson/SEE, 08/551 520 69, www.seeab.se 11

Denna beskrivning har stora likheter med det mobila team och det psykiatriska missbruksteam som nu byggts upp i Södertälje och som utgör utgångspunkten för vårt best-case. Låt oss därför kasta oss in i beskrivningen av best-case för Rutger.

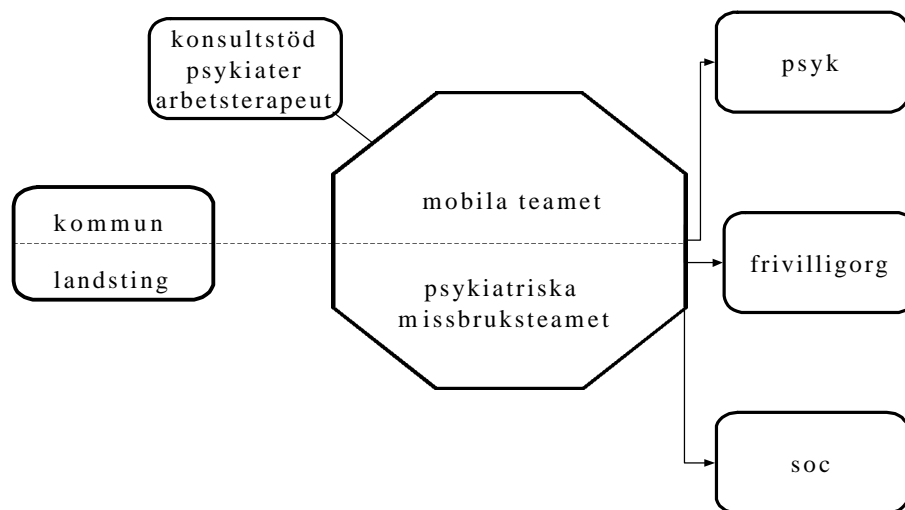
12 denna modell för att skapa samverkan kring multiproblem har vi prövat och tillämpat i ett tiotal större samverkansprojekt bl.a. i Värmdö, Nacka, Katrineholm, Södertälje m.fl.

5.3 Förlopp

5.3.1 1996 – På väg utför, men hejdas innan stupet

Nyårsdagen 1996 vaknar Rutger upp på akuten på Södertälje sjukhus. Kvällen innan togs han med hjälp av ambulans in, medvetslös, för överdos. Han har legat under natten på IVA. Strax efter det han vaknat beger han sig iväg därifrån till sin lägenhet. Det är inte första gången han hamnat på akuten, men första gången han blivit medvetslös på detta vis. Under **vintern 1996** har han upprepade kontakter med sin socialsekreterare Anita, en luttrad kvinna i 50-årsåldern som sett det mesta i missbrukarsvängen. Gång på gång försöker hon uppmana honom till behandling, men med föga framgång.

Till följd av psykiatrireformen har man emellertid uppmärksammat personer med Rutgers problem i kommunen. En diskussion mellan psykiatrin och socialtjänsten har lett till att man under våren 1996 fattat beslut om att bilda en gemensam resurs med dubbelkompetens både i missbruksfrågor och psykiatriska frågor. Ett psykiatriskt missbruks-team. Verksamheten är uppbyggd ungefär på följande vis



Teamet, som består av fem personer (motsvarande fyra heltidstjänster), arbetar på uppdrag av sektorsledningen inom psykiatrin och IFO inom kommunen. Arbets sättet är sådant att man söker upp Rutger i hans hemmiljö där man, i varje fall i ett inledningskede har intensiva kontakter med honom. Det handlar om att bygga upp förtroende och tillit samt att hjälpa Rutger i vardagen med enkla sysslor såsom att handla, laga mat, diska, bädda etc. Teamet har sin bas på Södertälje sjukhus vilket inte direkt underlättar den känsla av avinstitutionalisering man vill skapa och fokuserar kanske onödigt mycket på det sjuka hos klienten. Det ger å andra sidan tillgång till andra resurser då man är i behov av detta. En sorts kärna i teamet är att det är rekryterat på frivillig grund och bemannat av eldsjälarna med en tro på att loppet inte är kört för Rutgers del. Det finns en sorts inbyggd tilltro till framgång.

Rutger blir en av dess första klienter. I teamet försöker man (i första hand boendestödjaren Ruth) etablera en tillitsfull relation med Rutger och skapa sig en helhetsbild av hans situation. Man försöker också knyta samman alla de aktörer som på olika vis ingår i bilden runt Rutger. Ibland lyckas man ganska bra, ibland blir ansvarsgränser och rollfördelning i förhållande till andra aktörer till föremål för konflikter. Mycket av arbetet handlar också om att ge honom hopp om ett bättre liv och börja sätta ord på vilken framtid han vill skapa för sig själv.

Men man är i början av sitt arbete och famlar kring metodik och värderingsfrågor. Man arbetar kring Rutger med mycket av det som uppstår i konkreta vardagssituationer såsom att sköta sin bostad, laga mat, betala räkningar, handla. Men också att kunna hantera sina impulser och att Rutger själv tidigt ska se och kunna hantera tecken och varningssignaler på att han psykiskt är på väg att bli sämre

Efter den första smekmånadstiden upptäcker man vilka värderings- och synsättsskillnader som man har att tackla. Arbetet framskrider i vågor. Stundtals går det ganska lätt, stundtals kör man in i väggen. Man har att hantera alla de normala startfriktioner som alla samverkansprojekt möter. Man brottas mycket med att hitta en gemensam metodik och vilka vardagrutiner man ska använda sig av.

Det stora genombrottet i arbetet med Rutger är att nu får man äntligen möjlighet och tillfälle att ställa en diagnos, dvs kartlägga och bättre förstå hans sjukdomsbild för att därmed kunna behandla honom.

Det blir också en del misstag både i relationerna till Rutger och till andra vårdaktörer. Inte minst socialtjänsten har en historia tillsammans med psykiatrin fylld av misstänksamhet och känslan av att vara i ett sorts underläge. Och då man från mobila teamets sida vid ett par tillfällen gör sig skyldig till ett par grova informationsmissar och felbedömningar kring medicininsatserna kring Rutger, blir relationerna riktigt spända. Från socialtjänstens sida kan man ibland känna att man initierat uppdraget kring det mobila teamet och sedan tappat kontrollen över utvecklingen utan att ha fått något tillbaka

Rutger gör motstånd och försöker slinka ur greppet genom att upprepade gånger försöka "straffa sig ur" det gemensamma rehabiliteringsarbetet just som han ser ut att vara på rätt väg. Det är som om han anser att han inte har rätt till eller gjort sig förtjänt av ett bra liv.

Man diskuterar i olika omgångar vistelse på ett behandlingshem, och han både besöker och till och med låter sig provinskrivas en vecka på ett sådant behandlingshem som specialiserat sig på människor med hans problem (de professionella kallar det dubbeldiagnos). Rutger får kortare återfall, men genom att mobila teamet har en mycket intensiv kontakt med honom lyckas man fånga upp honom väldigt snabbt och efter kortare vistelse på avdelning 34 på Södertälje sjukhus kan han skrivas ut för fortsatt behandling i öppenvården.

5.3.2 1997 – Rutger får fotfäste för första gången på länge tack vare mobila teamet

Under 1997 klarnar arbetsformerna i mobila teamet. Man börjar också hitta samspelrelationerna i förhållande till de övriga medaktörerna. Rutger blir gradvis bättre och kontakterna med boendestödjaren Ruth är mindre täta än tidigare. Rutger har lärt sig känna igen när han är på väg att må sämre och kan förmedla detta till sin omgivning.

Men nu börjar rehabiliteringsarbetets vardagstristess göra sig gällande för Rutger. Han har svårt att fylla sin vardag mellan de allt glesare kontakterna med Ruth med innehåll. Aktiviteterna med RIA spelar en allt viktigare roll.

Man börjar nu ett arbete med att låta Rutger komma till Sydgården för att där delta i den dagliga verksamheten. Föreståndaren Patrik är inledningvis skeptisk till detta eftersom man på gårdarna ställer strikta krav på drogfrihet och avkräver av mobila teamet att genom urinkontroll fastställa drogfriheten. Man har också dåliga erfarenheter inte bara av Rutger personligen utan också av andra personer med hans typ av problem. Det går inledningsvis ganska bra. Ruth följer med honom de första gångerna.

Men under våren händer något. Det sker i samband med en semesterperiod i mobila teamet ett misstag kring hans medicinering. Och nu går det raskt utför med honom. Han får ett ordentligt återfall som han inte förmår att bryta. Han låser in sig i lägenheten. Han slår sönder möbler och inredning. Från psykiatrins sida gör man vid upprepade tillfällen vårdintygsbedömningar men indikationerna är inte tillräckligt starka för ett omhändertagande. Vid något tillfälle går Rutger med på frivillig vård, men avbryter den på eget initiativ efter något dygn. Till följd av de spända relationerna med socialtjänsten (socialsekreteraren Anita) genomförs inte heller ett omhändertagande enligt LPT vilket kanske skulle vara möjligt i detta läge. Rutger är nu hotfull och hans lägenhet förvandlas snabbt till missär. Strömmen fungerar inte längre och han lagar mat över öppen låga ovanpå den elektriska spisen.

Till slut blir det för mycket och efter en period av ångest hos hans familj och klar irritation mellan mobila teamet och socialtjänsten blir indikationerna tillräckliga för ett LVM. Han omhändertas nu för vård under en månads tid. Under tiden genomförs en sanering av hans lägenhet och han sägs upp från sitt sociala kontrakt. Åter en gång har Rutger kört alla sina relationer i botten. Han är övergiven av alla – utom mobila teamet som hänger sig fast och omedelbart inleder ett arbete med att planera nästa steg.

Då Rutger skrivs ut har han ingen bostad, men ett arbete pågår för att skaffa honom ett socialt kontrakt. Han sover ute ibland, hos kompisar, men framförallt möjligheten att sova på Ria blir väldigt viktig.

Man erhåller så småningom en lägenhet med socialt kontrakt för Rutgers räkning, och Rutger påbörjar ånyo med Ruths hjälp den mödosamma resan mot ett mera normalt liv. Omstarten är svår, men sker ändå snabbare än tidigare. Inte minst den

gemensamma vårdplanering som mobila teamet genomför med Rutger tillsammans med alla berörda leder till att man snabbt kommer igång med flera olika insatser.

Han får redan under hösten komma tillbaka till Sydgården där han kan ta upp sitt påbörjade intresse kring akvarellmålning. Det visar sig att han har en viss talang för detta och att detta är något som för första gången kan få honom att fyllas med något som har en avlägsen likhet med självkänsla. Hans kontakter med RIA börjar alltmer bli av social natur, en plats där man gör något tillsammans. Under hela denna period försörjs han naturligtvis genom förtidspension och har bostadbidrag för sin lägenhet.

Hösten förlöper inte utan återfall, men genom den intensiva kontakten med Rutger och den stora uppmärksamheten på riktig medicinering blir återfallsperioderna mycket korta (några dagar) och kan i regel brytas genom ett par dygns vård på avdelning 34. Under hösten görs ett antal försök att påbörja arbetet med att återskapa Rutgers ursprungliga sociala nätverk – inte minst återknyta band med föräldrar och syskon. Men skepsisen från deras sida är mycket stor. Man har blivit besviken för många gånger. Vid några tillfällen går mamman och syskonen med på att tillsammans med Ruth träffa Rutger på ett fik på stan. Och dessa träffar förlöper ganska väl.

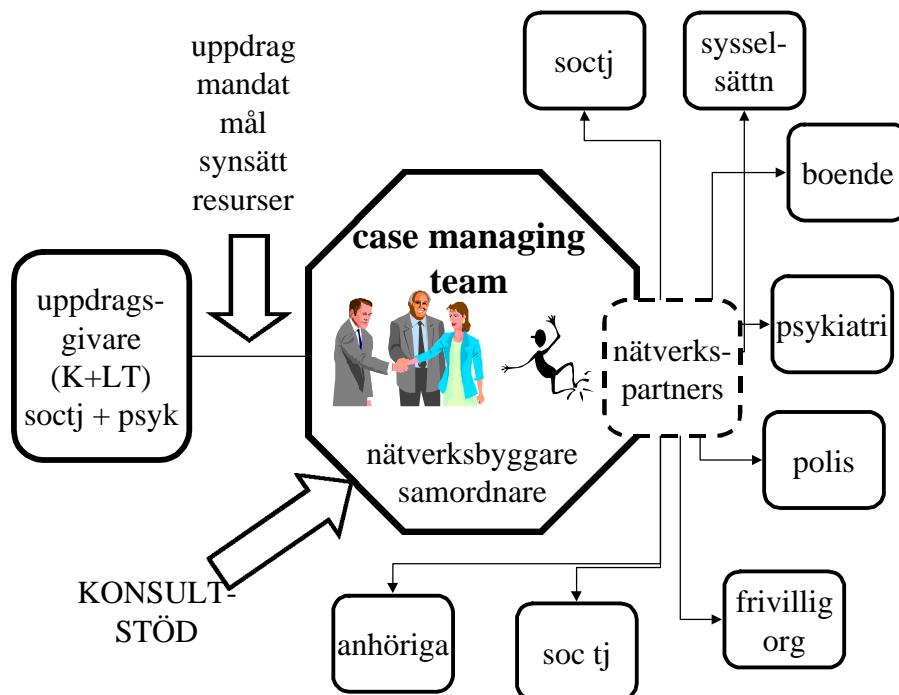
Men relationerna med Sydgården är en aning knackiga. Vid de tillfällen då Rutger fått återfall har han uppträtt drogad på gården och blivit avvisad. Vid något av dessa tillfällen har han uppträtt hotfullt, varför det mobila teamets medarbetare fick lägga ner mycket krut på att återskapa möjligheterna för honom att fortsätta att vistas där. Senhösten 1997 stabiliseras Rutgers liv alltmer och han firar för första gången på flera år en nykter jul på Ria. Nyårsafton går inte riktigt lika bra. Han får ett återfall, men redan innan trettonhelgerna är han nykter igen.

5.3.3 1998 – han slinter igen – men case managing team intervenerar

1998 blir ett händelserikt år. Det mobila teamets arbete har nu varit utsatt för en första utvärdering och man bestämmer sig för att från den första april permanenta och utöka verksamheten. Man har bestämt sig för att fullt ut se sig som ett sorts "case managing team". Dvs ett multikompetent team som har till uppdrag att vara nätverksbyggare kring personer som Rutger. Man dubblar resurserna både i form av pengar och bemanning så att man får åtta heltidstjänster. Man har nämligen funnit att denna arbetsmetod inte bara är bra för klienterna utan också är ekonomiskt en bra affär. Man har nu behandlingsansvar för de cirka 35-40 personer av Rutgers sort som finns i kommunen. Alla de som rekryterats till CMT har valt detta jobb frivilligt och man satsar hårt på metodutveckling inte minst då det gäller metoder för psykosocial rehabilitering.

Skillnaderna mot det mobila teamet är ganska viktiga. Till att börja med får man lokaler "på stan", i Luna-huset och förlorar därmed lite grand av "sjukhusstämpeln". De inre gränserna i teamet mellan kommun och landsting upplöses och man ser sig numera som en samlad enhet. Detta har också underlättats av att man nu också har en mycket tydligare och samlad uppdragsgivargrupp från kommun och landsting som inbördes slutit ett femårigt samarbetsavtal med ett tioårigt "letter of intent" kring samverkan. I CMT's uppdrag ligger nu också att skapa ett mycket mera aktivt

associerat nätverk i form av nätverkspartners, att svara för kompetensuppbyggnaden av socialtjänst och psykiatri kring denna grupp samt att mera intensivt genom direkt och indirekt förebyggande arbete minska nyrekryteringen av nya personer med dubbeldiagnos. Under de två år som gått har man också utvecklat arbetsmetoder och samspelemodeller med övriga aktörer som gör att roll- och gränskonflikterna dramatiskt har minskat.



Under vintern och vårvintern stabiliserar Rutgers liv alltmer. Han börjar få en mera fast och tydlig tillvaro på Sydgården och ju längre period han lyckas hålla sig drogfri, desto mer accelererar diskussionen om vad han i sysselsättningstermer skulle kunna arbeta med. Man diskuterar flera olika alternativ såsom att pröva att arbeta på något av arbetskooperativen (för psykiskt funktionshindrade), att kanske ingå i arbetsmarknadscentrums arbetslag eller kanske arbeta på något av de två rehabcentra som missbruksenheten i kommunen har. Efter lite turer fram och tillbaka bestämmer man under senvåren sig för att pröva på arbetskooperativet Briggen.

Strax därefter inträffar en för Rutger olycklig händelse. I samband med omorganisering av verksamheten till CMT bestämmer sig Ruth för att sluta sin tjänst. Detta blir ett hårt slag för Rutger som byggt en stor del av sin existens på Ruths stabila närvaro. Denna tillit har varit helt avgörande. Han får en akut och mycket destruktiv återfallsperiod, men tyvärr inte på ett sådant vis att det motiverar ett LVM-beslut. Men genom de goda kontakterna mellan CMT och socialtjänsten tar Anita ett akut beslut om vård enligt LPT och Rutger stoppas efter endast några småbrott och några dygns missbruk. Han är vid omhändertagandet tämligen förvirrad och nedbruten. Han känner sig sviken av Ruth.

Hans vårdperiod som sker i nära samverkan med CMT präglas av många kortare och längre permissionsperioder under vilka man tillsammans med hans nye boendestödare Einar, en stabil natur- och konstintresserad man i 55-årsåldern försöker bygga upp en tillitsfull relation. Till följd av att man lyckas bryta missbruket tämligen snabbt riskerar han inte att tappa sin lägenhet. Sommaren och hösten präglas av detta arbete och att återknyta både kontakten med Sydgården och det planerade arbetet på arbetskooperativet Briggen. Man är där lite tveksam. Det är ju medlemmarna som ska fatta beslut, och många av dem är lite inåtvända, blyga kanske lite "skygga" och lite rädda för Rutgers utagerande. Man bestämmer sig för att pröva under perioden september – december.

Från CMT's sida jobbar man nu tillsammans med Rutger på "den jagstärkande" sidan och arbetar med metoder som ESL /ett självständigt liv) och DBF (dialektisk beteendeterapi) för att höja hans förmåga att leva ett självständigt liv. En stor del av arbetet går också ut på att stärka de anhöriga, dvs Rutgers familj och samspelet mellan Rutger och familjen. Att få de anhöriga att bebeta känslor av skuld, ilska och skam för att på så sätt möjliggöra ett fungerande samspel mellan dem och Rutger.

Samtidigt jobbar Einar dels på att stimulera Rutger målningsintresse som han påpassligt länkar samman med sitt eget intresse för att skapa landskapsakvareller. Men han jobbar också hårt med att under så enkla och odramatiska former som möjligt föra samman Rutger med sin familj. Skepsisen är fortfarande stor, men man är beredd att ge det hela en chans. Julafton träffar han under ett par timmar sina föräldrar i samband med det gemensamma julfirandet på Sydgården.

1998 har för Rutger blivit ett år då kriminaliteten får en allt mindre plats i hans liv. Han begår praktiskt taget inga brott, och det är sällan han behöver omhändertas på stan för störande uppträdande. Dessutom har CMT knutit så goda kontakter med närpolisen och narkotikaroteln att många vardagsproblem kring Rutger då han upptäcks på stan löses genom ett enkelt telefonsamtal mellan polisen och CMT. Det fungerar också så att ju mer missbruket träder i bakgrund, desto mera träder sjukdomen fram och blir både synlig, diagnosticerbar och behandlingsbar.

5.3.4 1999 på väg, men slinter åter en gång

Arbetet i arbetskooperativet fungerar inte så bra för Rutger. Den modell man arbetar med som bygger på individens eget ansvarstagande blir för strukturlös för Rutger som behöver en mer handfast vägledning för att hamna rätt. Hans samspel med kooperativets övriga medlemmar fungerade inte heller så bra. Så efter årsskiftet avbryts hans prövotid och han saknar åter en gång något att göra på dagarna. Han fyller sin tid med att pendla mellan RIA, Sydgården och söka kontakt med Einar. Vid ett par tillfällen brister det och han får korta återfall. Men eftersom grundmedicinering fungerar genom arbetet vid CMT och genom att det finns många inblandade som tidigt kan upptäcka han förehavande – allt från personalen på akutmottagningen på sjukhuset via närpolisen till socialtjänsten fångas han snabbt upp.

Man bestämmer sig nu för att Rutger med stöd av Einar ska prova arbete på Fridabergs rehabcenter. Då han kommer dit finner han att flera av de personer han

missbrukat tillsammans med finns där. Han kommer med i ett skogsarbetslag under våren och trivs inledningsvis ganska bra.

Men jargongen är ganska hård och träkningarna många. Det är ju trots allt en grupp missbrukare som arbetar där. Rutger, med sitt lite avvikande beteende, blir till föremål för många träkningar. Han står ut men beklagar sig för Einar. Ju längre tiden går, desto mer mobbad känner han sig. Det hjälper inte att trösta sig med sin målning, eller kamratumgänget på Ria.

En dag blir det för mycket. Han säljer de få tillgångar han skaffat sig (mobiltelefon, radio, cd-spelare) och sätter sig på pendeltåget till Stockholm. Han ramlar nu in i flera dygns hektiskt missbruk, ramlar och skadar sig, tas in för akut avgiftning och så småningom kommer det till CMT's kännedom att han finns i området kring plattan vid Sergels torg. Einar och en kollega åker dit för att övertala honom att komma hem, men får inte honom med sig.

Efter en dryg vecka dyker han en sen kväll upp på akutmottagningen på Södertälje sjukhus. Drogad, sönderslagen och förvirrad. Nu börjar åter en gång ett mödosamt arbete tillsammans med Einar. Det börjar bli sommar och man hittar tillfällig arbete för Rutger på Kretsloppet på Arbetsmarknadscentrum. Ingen tror egentligen riktigt att det ska fungera, men man är beredd att pröva sig av det som en nödlösning under sommaren.

Då Einar i augusti återvänder efter semestern finner han till sin stora glädje att det fungerat förvånansvärt bra. Den ganska strukturerade arbetsmetoden på Kretsloppet i kombination med att Rutger inte var den enda med lite avvikande beteende fick det hela att fungera. Under hösten får han arbeta kvar i Kretsloppet och man börja fundera över om man inte ska kunna tänka lite mera offensivt kring honom och hans arbete.

Under hela denna tid lyckas man med hjälp av att vara noga med hans medicinering hjälpa honom att hålla den psykiska sjukdomen i någorlunda schack och genom att arbetet fungerar så bra har han endast ett kortvarigt återfall om två dygn som snabbt hävs med hjälp av ett par dygn på avdelning 34. Under hösten intensifieras hans kontakter med familjen och tillsammans med Einar besöker han för första gången på mer än tio år under lugna former och i nyktert tillstånd sina föräldrar.

5.3.5 2000 ljuset i tunneln, men ibland skymmer det

Vårvintern 2000 blir man överens om att det kanske kan vara bra för Rutger att arbeta i ett utearbetslag på AC vilket också bestäms. Han börjar sitt arbete under våren. Han får där bra kontakt med arbetsledaren Kent och tycks finnas sig väl tillrätta med arbetskamraterna.

Under året får han vid några tillfällen kortare återfall som man genom insatser från CMT och arbetsledaren på AC snabbt lyckas bryta.

Hösten 2000 har Rutger funnit någon form av stabilitet i sitt liv. Det betyder inte att han vare sig är helt symtomfri eller problemfri. Han framstår fortfarande inför omgivningen som lite underlig. Han äter regelbundet sin medicin

Han har återupprättat kontakten med sin familj med stöd av sin kontaktperson Einar. Han har en egen bostad som han vid årets början har på s.k. socialt kontrakt för att det efter sommaren övergår till eget kontrakt

Han vet om att han är ”nykter missbrukare” men har börjat definiera sitt liv som mer än missbrukare. Han håller sakta på att få en ny identitet. Hans psykiska sjukdom är ”under kontroll” men på inget vis eliminerad. Nyårsafton 2000 firar han för första gången som vuxen med sin familj.

5.4 Några slutsatser av best case

5.4.1 Framgång eller misslyckande

Många gånger då olika rehabiliteringsinsatser ska värderas görs detta utifrån perspektivet om man lyckats eller ej. Man brukar då ibland tänka i tämligen digitala termer; rehabiliterad eller ej. Framgång eller misslyckande. Men då det gäller personer som Rutger är detta kanske inte ett meningsfullt sätt att resonera. Det förefaller inte vara rimligt att för Rutger sätta upp målet; helt frisk och drogfri. Mirakel inträffar. Människor blir frälsta eller förälskade, men detta tillhör knappast normalfallet. Det kan i varje fall knappast sättas upp som behandlingsmål.

För Rutgers del handlar det om att inse att han sannolikt aldrig kommer att bli helt frisk och kanske aldrig helt fri från sitt missbruk. Hans liv kommer att kantas av svårigheter och kortare eller längre återfallsperioder. **Rutger kommer sannolikt alltid att kosta samhället pengar.**

Det betyder för de offentliga aktörerna att deras val står mellan att var för sig och med korta akuta tidsperspektiv **lägga ut mycket pengar på Rutger med ringa effekt** – vad vi ekonomer kallar onda kostnader. Det andra alternativet är att man i samverkan med andra kanske inledningsvis ska investera i en ny arbetsmodell kring Rutger för att **därmed på sikt få lägre kostnader för något som kanske ger ett positivt resultat.**

Kostnaderna för Rutger kommer aldrig att upphöra men vi kan påverka vad vi får för pengarna och hur mycket vi ska lägga ut. Det är detta som är kärnan i de ekonomiska konsekvenserna av best case. Det handlar sannolikt om att flytta kostnader från slutenvård och behandlingshemsarbete i en fragmenterad vårbild, till kostnader för vård i en sorts helhetsorienterad nätverksmodell (av oss kallad CMT) som fungerar så nära den ursprungliga sociala miljön för Rutger som möjligt. Vi måste helt enkelt ställa oss frågan var gör den sist insatta kronan bäst nytta för Rutger och var ger den bäst avkastning på skattebetalarnas pengar.

5.4.2 Ett anständigt liv

Vad som emellertid blir ännu tydligare är att även så trasiga människor som Rutger kan ges möjligheterna att skapa ett någorlunda drägligt och anständigt liv.

Det intressanta i detta sammanhang är emellertid att den traditionella målkonflikten mellan bra och dyr vård här inte föreligger. För Rutgers dels handlar det om dyr och dålig vård eller **bra och billig**

Här är det förmodligen viktigt att förstå att målet för arbetet med Rutger inte kan och kanske inte bör sättas som att uppnå ett vanligt "Svensson-liv", målet måste förmodligen sättas mycket lägre än så, men mycket högre än livet i worst case. Det går att för Rutgers räkning skapa ett anständigt liv. Bara vi är beredda att använda våra offentliga resurser på ett lite mer gränsöverskridande vis än idag.

5.4.3 Hemligheten; långsiktighet, helhetssyn & uthållighet

Hemligheten med att både bidra till att skapa ett bra liv för Rutger och att omvandla de onda kostnaderna kring honom till goda består av tre olika delar. Den första handlar om att arbetet med Rutger alltid bör utgå från en **helhetssyn kring honom som individ**. Det finns ingen möjlighet för någon aktör att hantera problemet på egen hand.

Den andra delen handlar om att allt arbete med honom måste ha **långsiktighet** som grund. Korta budgetperspektiv är förödande för Rutger som person och ekonomiskt obegåvat för de berörda aktörerna.

Och slutligen att inte ge Rutger den traditionella utvägen att straffa sig ur varje form av framgångsrik rehabilitering. Detta måste blockeras genom **uthållighet och envishet** från CMT's sida. Det är aldrig kört, inte ens för Rutger.

Bakom dessa tre nyckelbegrepp ligger naturligtvis en tilltro till individens förmåga till växt och fokuseringen på det friska och växtkraften, snarare än det sjuka och statiska. I grunden kanske detta handlar om människosyn i mötet mellan vårdpersonalen och Rutger.

6. KALKYLER OCH RESULTAT

Låt oss därför gå vidare med att studera de ekonomiska konsekvenserna av vår analys. Vi gör detta genom att i tre steg presentera och diskutera kostnaderna för worst-case, best-case samt skillnaderna mellan de två fallen. Vi gör det både på en övergripande nivå (vad som skulle kunna kallas en samhällsekonomisk konsekvensbeskrivning) och dels för varje aktör var för sig¹³.

Vi kommer att vara särskilt intresserade av att diskutera vilka övervältringsmekanismer som uppstår mellan de olika aktörerna. För en mera utförlig beskrivning av vår modell samt bakgrunden till våra ekonomiska resonemang hänvisar vi till bilaga 1.

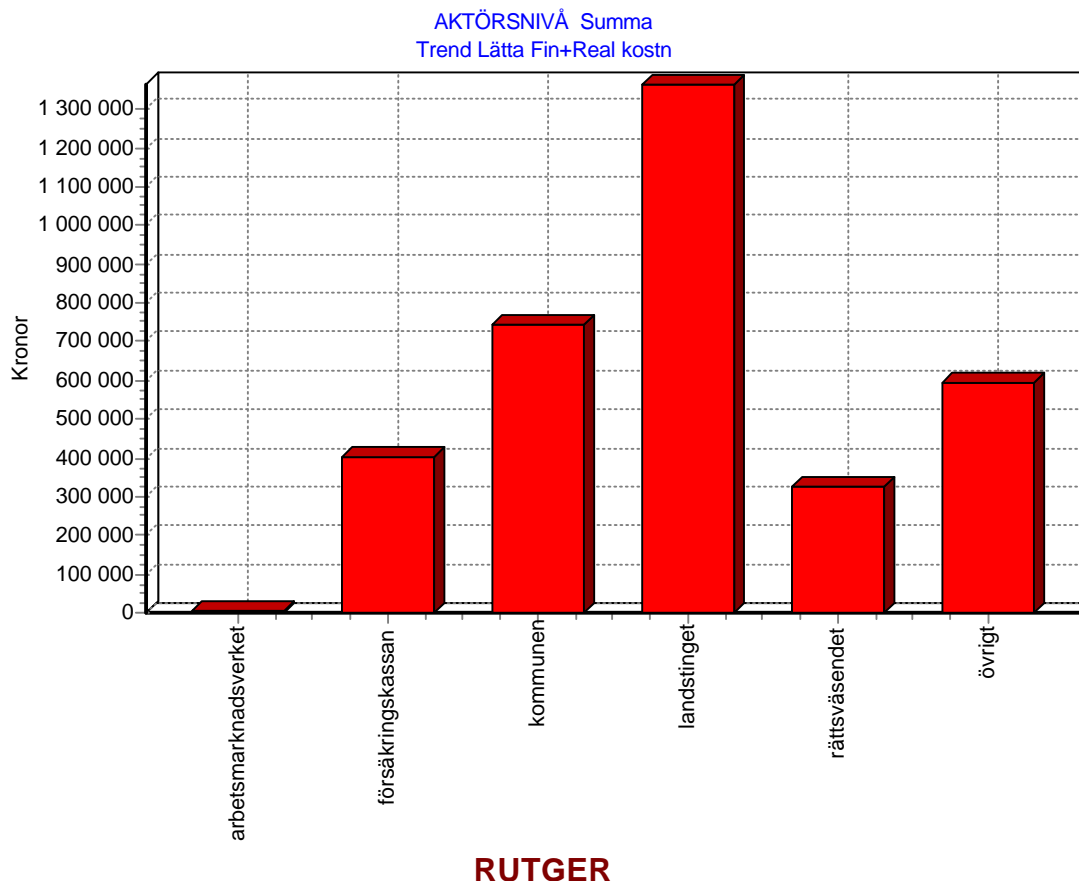
Det kan vara värt att notera att alla kostnader som redovisas avser en femårsperiod om inget annat anges.

6.1 Worst case

6.1.1 Totalt för "samhället"

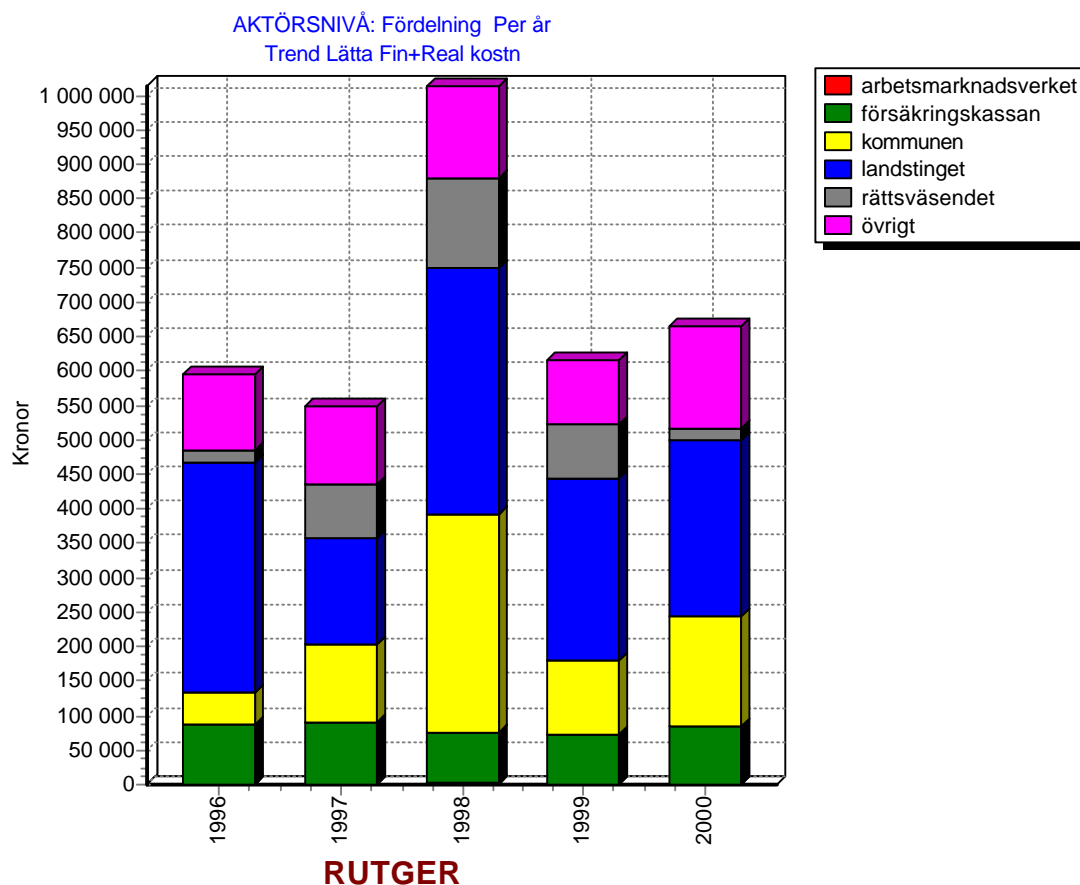
De totala kostnaderna för Rutger i worst case uppgår till drygt 3.4 Mkr. Som vi ser utgörs den allt dominerande kostnaden av landstingets kostnader. Men dessa utgör trots allt inte mer än 40% av de totala samhällskostnaderna. Kommun, försäkringskassa, rättsväsende och posten övrigt delar på resterande 60%. Naturligtvis är kostnaderna för Arbetsmarknadsverket mycket små eftersom Rutger befinner sig mycket långt både från arbetsmarknaden och arbetsmarknadspolitiken.

13 det bör sägas att vi i rapporten endast redovisar en lite del av all den information vårt kalkylmodell ger oss möjlighet att plocka fram. Om du som läsare är intresserad av mer detaljerade resultat inom något speciellt område, går det bra att nå oss via www.seeab.se



Rutger	Totalt
Arbetsmarknadsverket	3628
Försäkringskassan	398627
Kommunen	745714
Landstinget	1363548
Rättsväsendet	298803
Övrigt	595597
Totalt	3405917

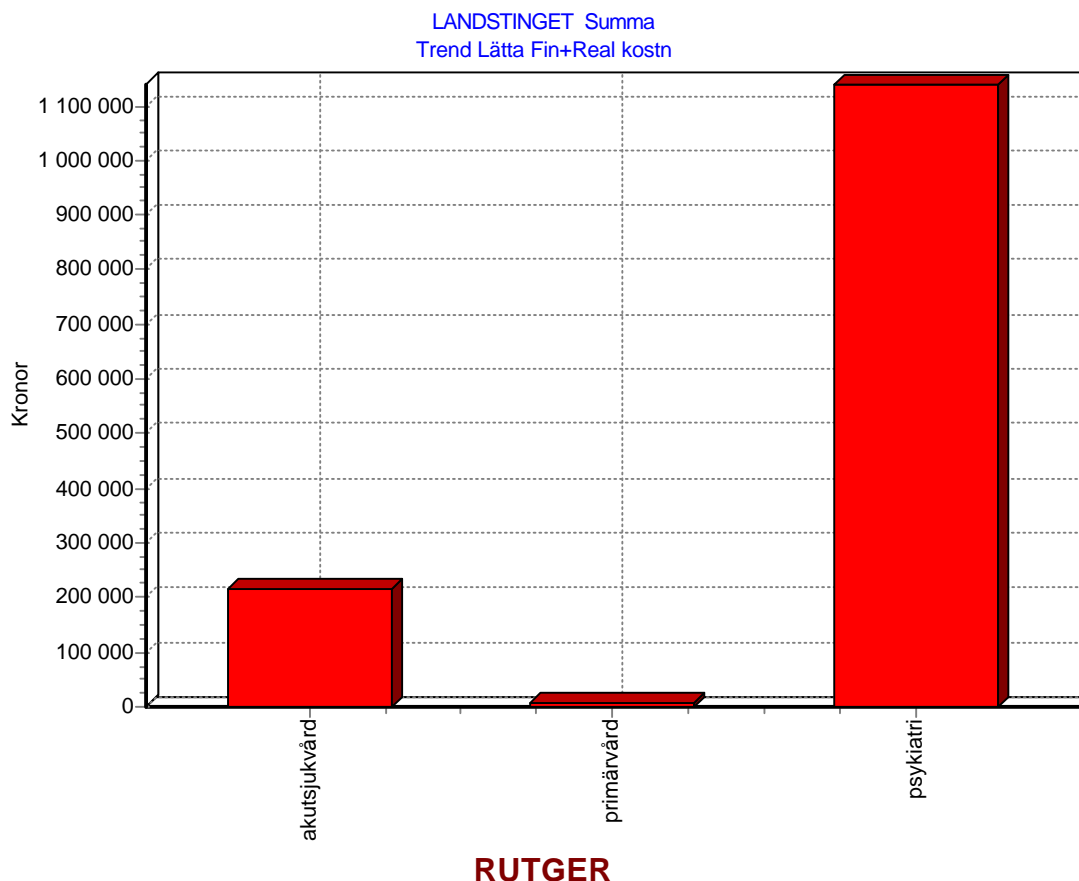
Tittar vi på kostnadernas fördelning över tiden ser vi en relativt jämt kostnadsbild på mellan 500.000 och 600,000 kronor per år utom för året 1998 då kostnaderna nästan dubblas och uppgår till mer 1 Mkr. Förklaringen bakom detta är Rutgers kostsamma slutenvård samt LVM-omhändertagande under detta år. Av detta kan vi direkt utläsa "prislappen" för samhällets misslyckanden i arbetet med Rutger. Man kan inte låta bli att reflektera över vilket förebyggande arbete som skulle kunna vara värt att genomföra för att undvika denna typ av merkostnader i form av en kostnadspuckel de år Rutgers misslyckande accelererar.



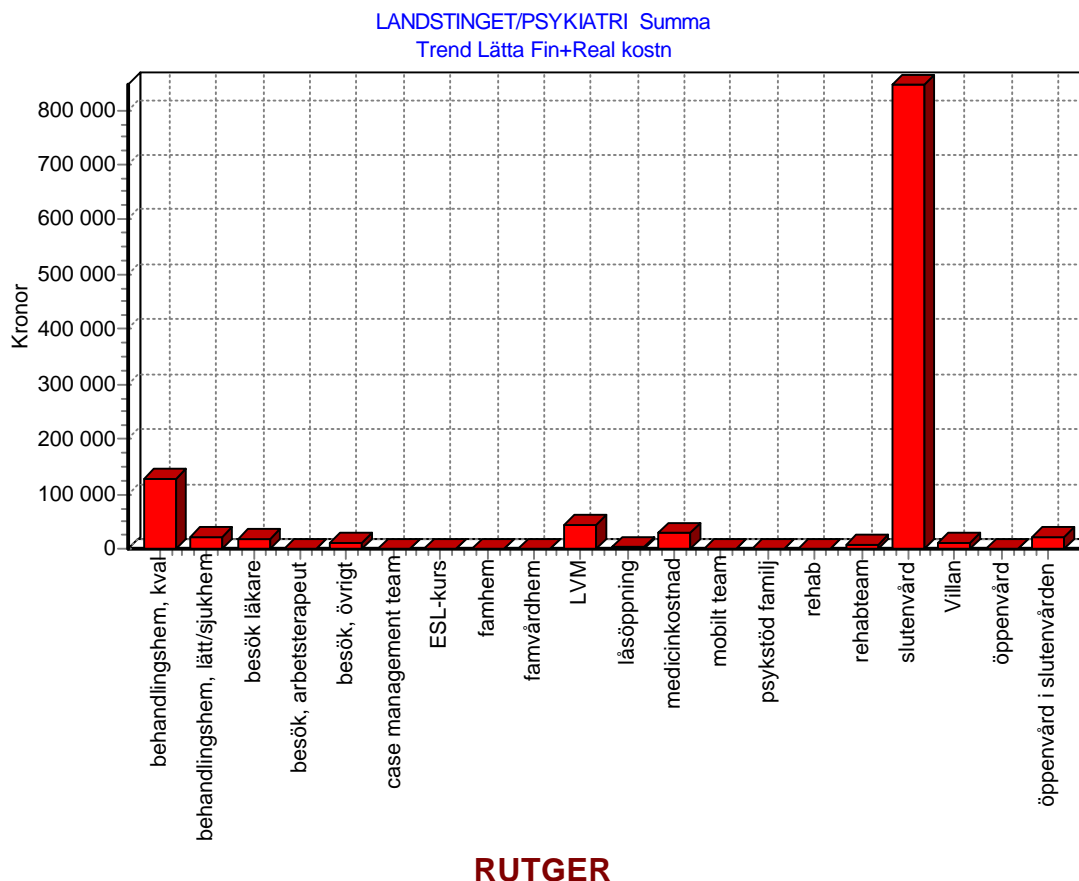
Låt oss nu gå vidare med att studera hur dessa kostnader är fördelade mellan olika aktörer

6.1.2 Landsting

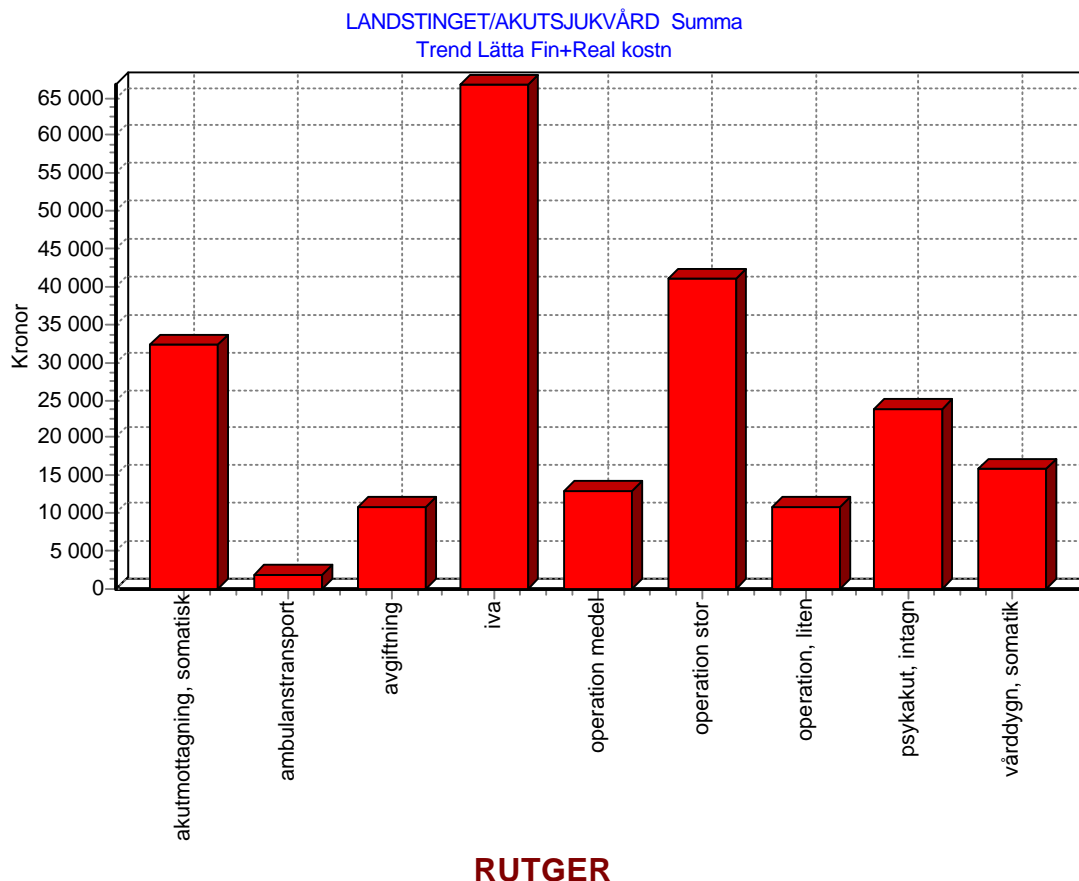
Vi ser att landstingets kostnader domineras av två poster; akutsjukvården med cirka 200.000 kronor och psykiatrin med cirka 1.200.000 kronor. Man kan utan vidare beskriva Rutger som en högkonsument av vårdresurser med en genomsnittlig årlig vårdkostnad på cirka 260.000 kronor eller en genomsnittligt vårdkostnad på cirka 700 kronor per dag under femårsperioden. Detta kan jämföras t.ex. med dygnskostnader för särskilt boende som ofta brukar handla om denna typ av belopp.



Vad ligger då bakom denna kostnadsbild? Studerar vi psykiatrins andel (se nedan) upptäcker vi att den helt dominerande kostnaden (74%) utgörs av kostnader för slutenvård vilken uppgår till cirka 845.000 kronor. En utomordentlig hög kostnad i förhållande till alla andra kostnadsposter. Den kan jämföras med den näst högsta kostnaden, nämligen kostnaden för behandlingshem som uppgår till 11% av landstingets kostnader. Denna kostnadsfördelning kanske kan få oss att reflektera över hur man ska kunna lyckas uppnå besparingar inom detta vårdområde. Vi ser då att besparingar inom alla andra fält är försumbara i förhållande till kostnaderna för slutenvården och behandlingshemskostnaderna. Om man gör ett tankeexperiment skulle man kunna säga att en halvering av alla andra kostnader inte motsvarar mer än en reduktion av slutenvårdskostnaderna på mer än 8%.

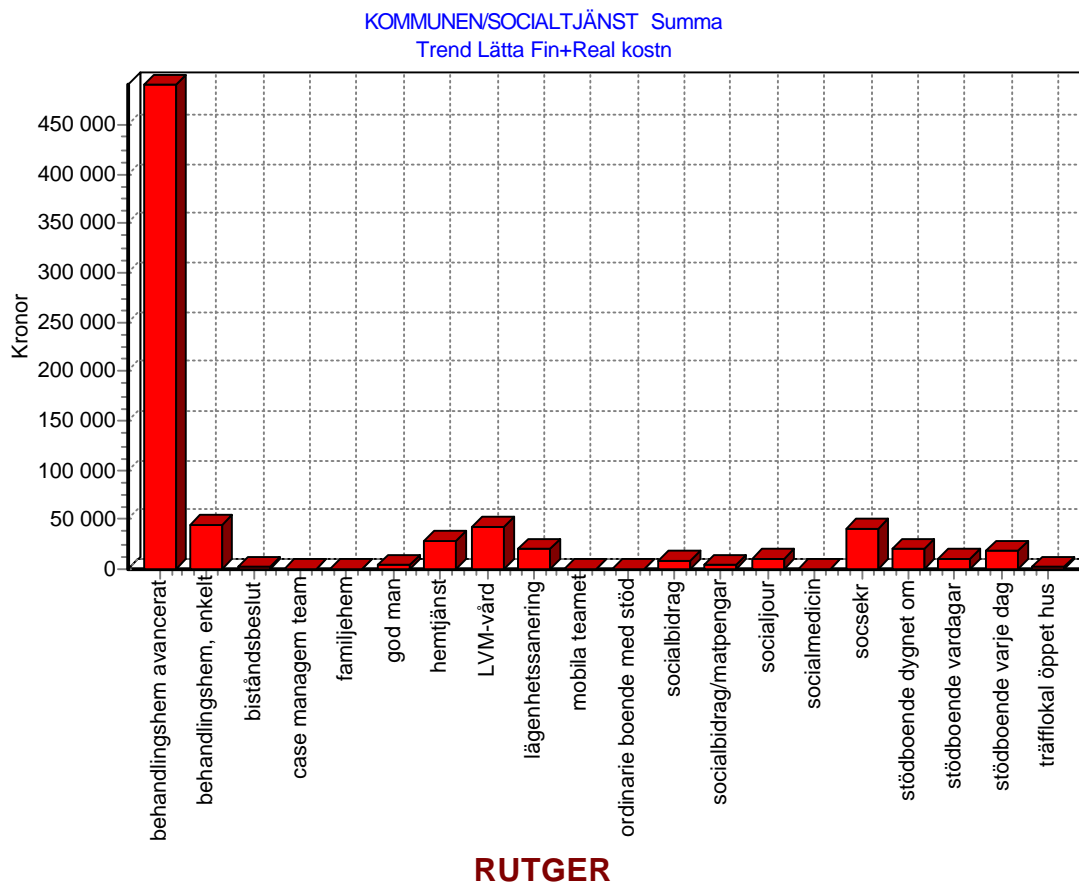


Kostnaderna för akutsjukvården är fördelat mellan ett stort antal olika poster som både har att göra med akuta sjukdomstillstånd hos Rutger, men som också har att göra med resultatet av hans hårda liv. Intressant är att den här dominerande kostnadsposten är kostnaderna för intensivvården som uppgår till 66.000 kronor eller 31% av akutsjukvårdskostnaderna. Det bör också observeras att en viss del av kostnaderna för den somatiska akutmottagningen (32.000 kronor) egentligen kan ses som ett uttryck för att i vissa desperata situationer är detta Rutgers enda övernattningsmöjlighet. En osedvanligt dyr hotellkostnad om man uttrycker sig lite slarvigt.



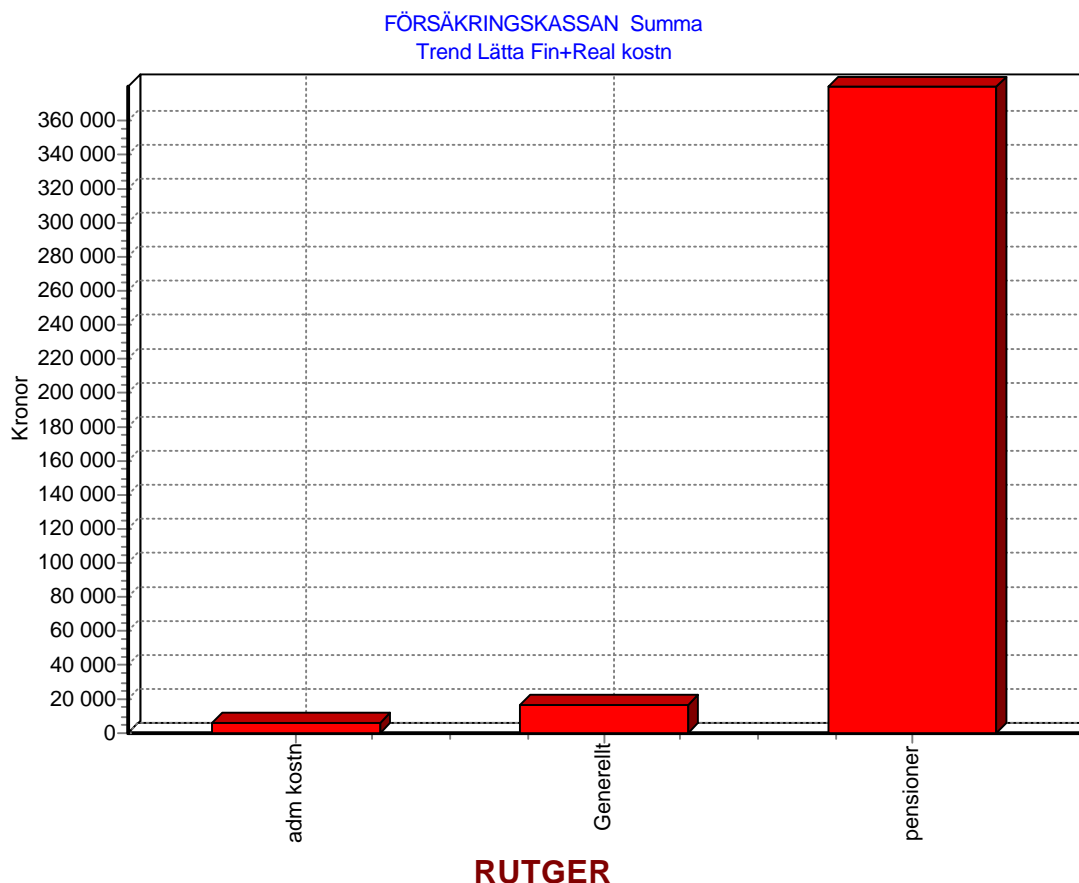
6.1.3 Kommun

Den dominerande kommunala kostnadsposten är kostnader för behandlingshem som uppgår till 490.000 kronor eller 66% av de totala kommunala vårdkostnaderna. Om man nu adderar kommunens och landstinget olika kostnader för slutna vårdformer (slutenvård och behandlingshem) uppgår dessa till totalt mer än 1.500.000 kronor under femårsperioden. Dyra och kvalificerade slutenvårdsinsatser vars eventuellt positiva effekter praktiskt taget aldrig ”eftervårdas” i form av en integrering med öppenvårdsinsatser. Man kan inte undgå att fundera över rationaliteten i denna typ av beslutsfattande.



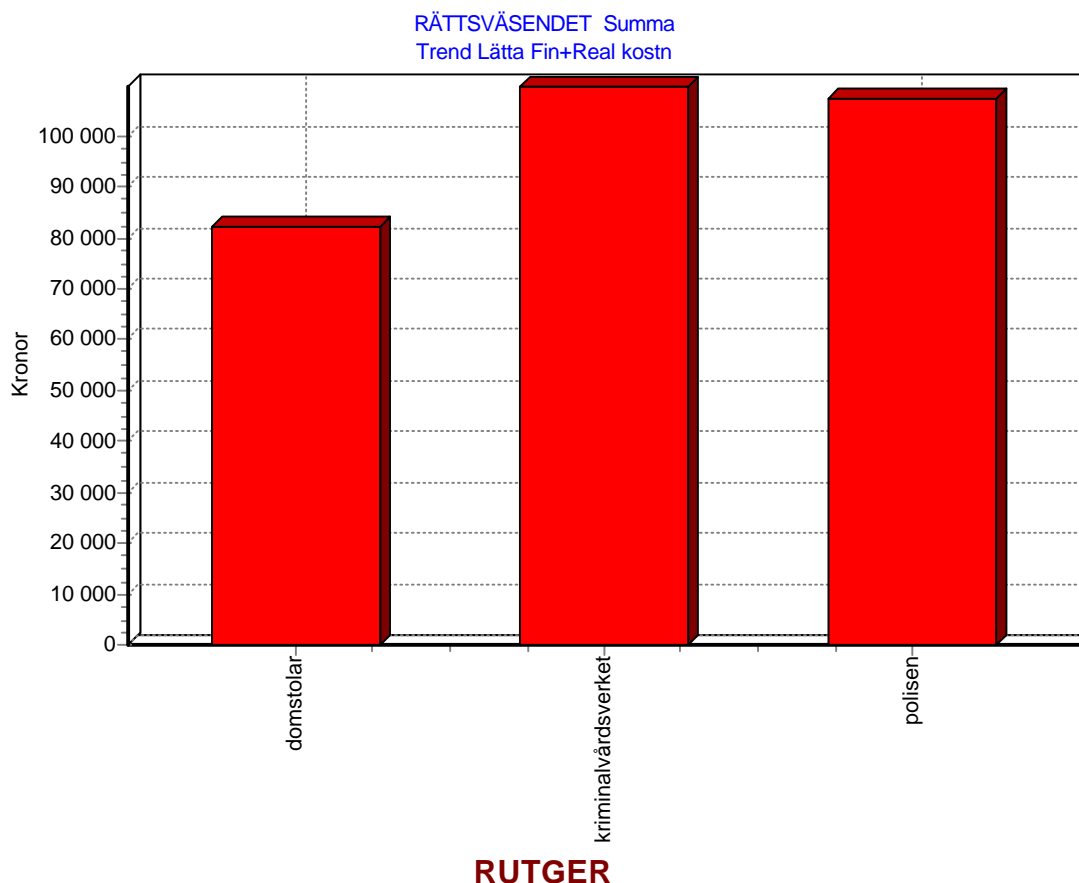
6.1.4 Försäkringskassa

Den stora posten för försäkringskassan utgörs av pensionskostnader av olika slag samt kostnader för bostadstillägg. Man kan nog konstatera att ur försäkringskassans perspektiv är Rutger i worst case reducerad till en passiv kostnadspost utan några egentliga insatser av rehabiliterande natur.



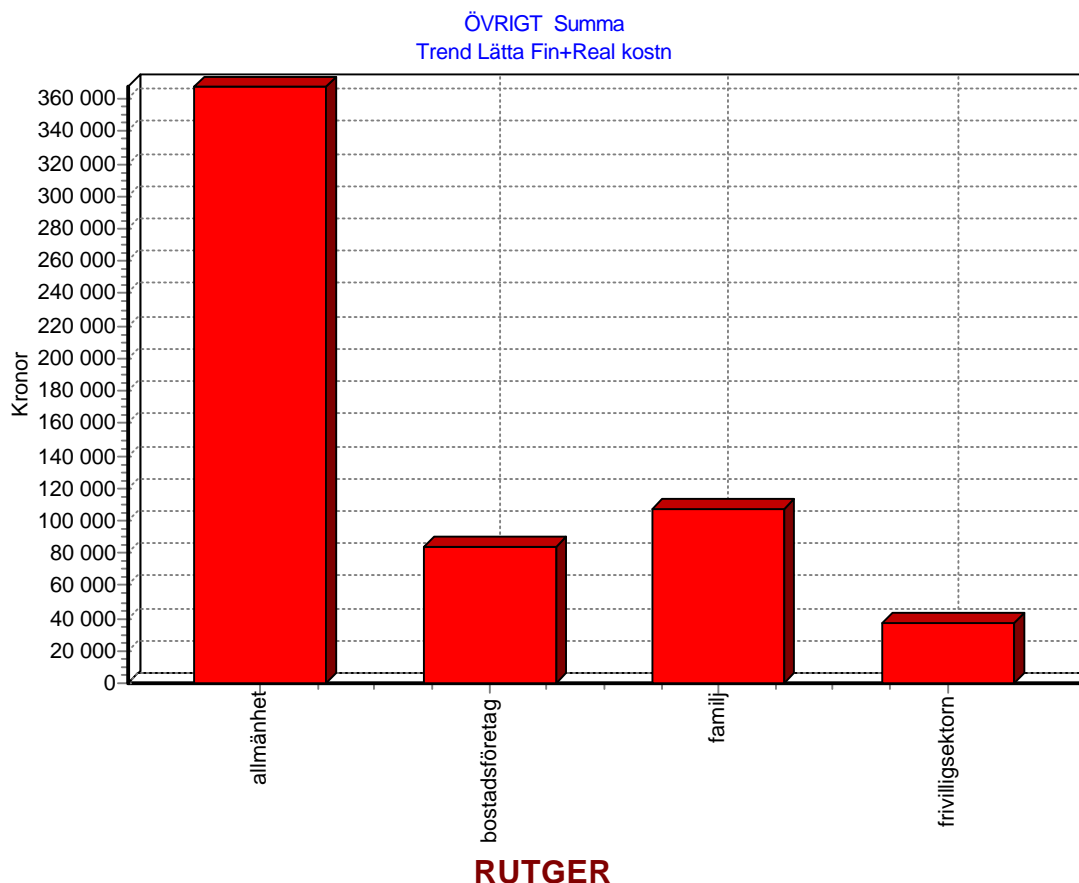
6.1.5 Rättsväsende

Kostnaderna för rättsväsendet uppgår till cirka 300.000 kronor någorlunda jämnt fördelat mellan kostnader för polis, domstolar och kriminalvårdsverket. De polisiära kostnaderna har att göra med omhändertaganden och handräckning i olika situationer. Både för att bistå de sociala och medicinska myndigheterna men också för att förhindra Rutgers kriminella aktiviteter. Domstolskostnaderna handlar om alla de rättegångar av större och mindre omfattning som genomförs med Rutger som huvudrollsinnehavare liksom kostnader för rättspsykiatriska bedömningar.. Kriminalvårdsverkets kostnader domineras av kostnaderna för den mycket dyra rättspsykiatriska vården.



6.1.6 Övrig

Under rubriken övriga kostnader finns kostnaderna för fyra olika grupper; allmänheten, de berörda bostadsföretagen, Rutgers familj och frivilligsektorn. Sammanlagt uppgår dessa kostnader till cirka 600.000 kronor. Den dominerande posten är kostnaderna för allmänhet som till 90% eller med 330.000 kronor omfattar olika konsekvenser av Rutgers olika stölder och inbrott samt vandaliseringar kopplade till dessa. Bostadsföretagen drabbas dels genom alla de störningsbegränsande insatser man får sätta in kring Rutger och dels genom kostnader för vräkning. Familjens kostnader handlar framförallt om kostnader för störning, våld och oro. Svårbestämda och en aning diffusa kostnader. Vad vi ekonomer kallar svårsmätbara kostnader eller "intangibles" (för en ytterligare problematisering av detta fenomen– se vår tekniska bilaga). Frivilligsektorns kostnader handlar om kostnaderna för mat och övernattnings bl.a. på RIA´s natthärbärke



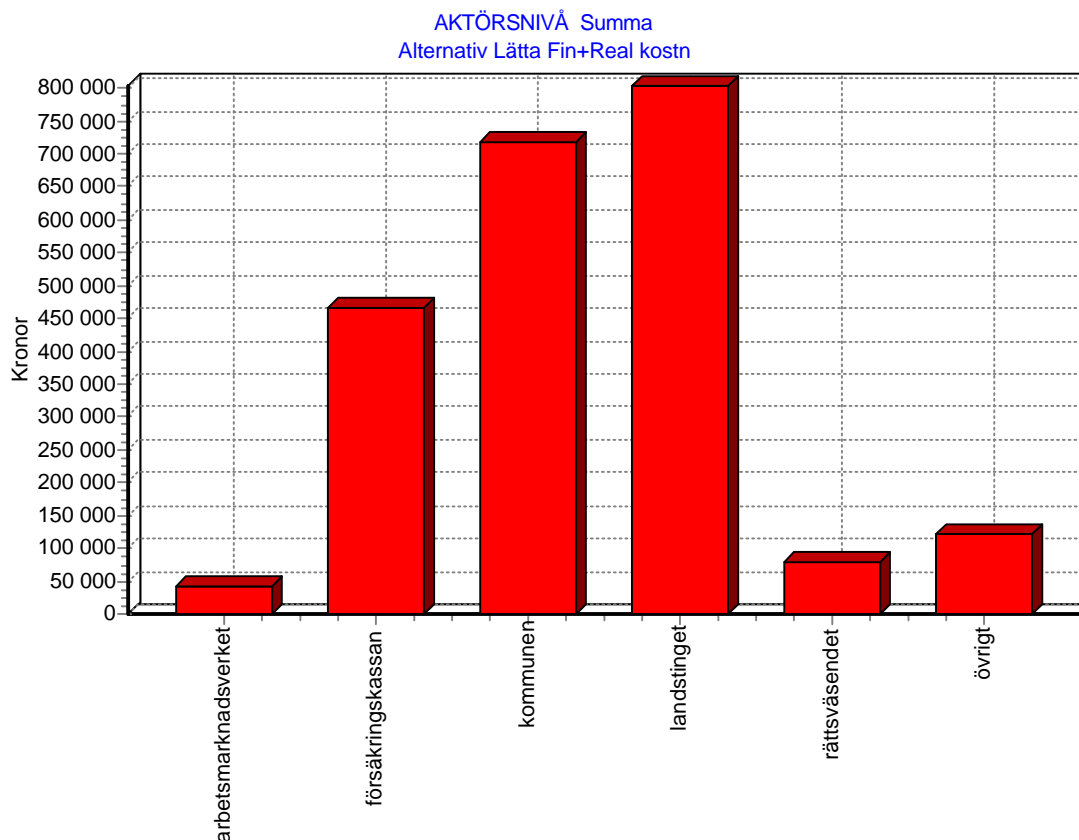
6.2 Best case

Låt oss nu övergå till att granska **de ekonomiska konsekvenserna av en godartad samverkan** eller det som vi kallar best-case.

6.2.1 Totalt

Vi ser då att de totala kostnaderna för femårsperioden uppgår till cirka 2.230.00 kronor. En betydande skillnad i förhållande till worst case. Men vi ser också att relationerna mellan kommun och landsting avsevärt har förändrats. I worst case var landstingets kostnader nästan dubbelt så stora som kommunens medan parternas kostnadsansvar i best case är i stort sett lika stora (36% landsting och 32% för kommun). Detta har ju också varit en av idéerna kring den skatteväxling som varit inbakad i psykiatrireformen. Frågan man bör ställa sig är ju om denna överväxling varit i nivå med den faktiska omfördelningen av kostnader. Det kan vara värt att notera att försäkringskassans och arbetsmarknadsverkets kostnader knappast alls har

påverkats av det förändrade arbetet kring Rutger. Rutger måste fortfarande försörjas (försäkringskassan) och han befinner sig fortfarande på ett rejält avstånd från arbetsmarknadspolitikens domäner

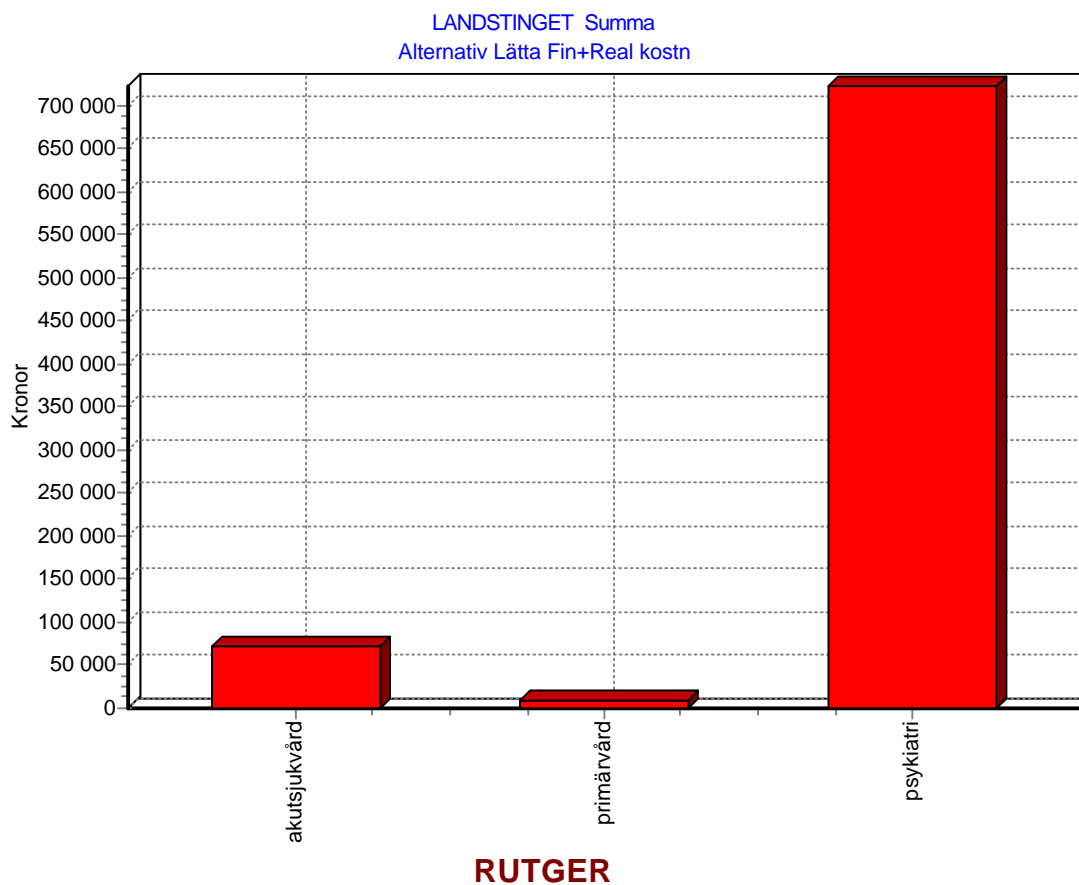


RUTGER

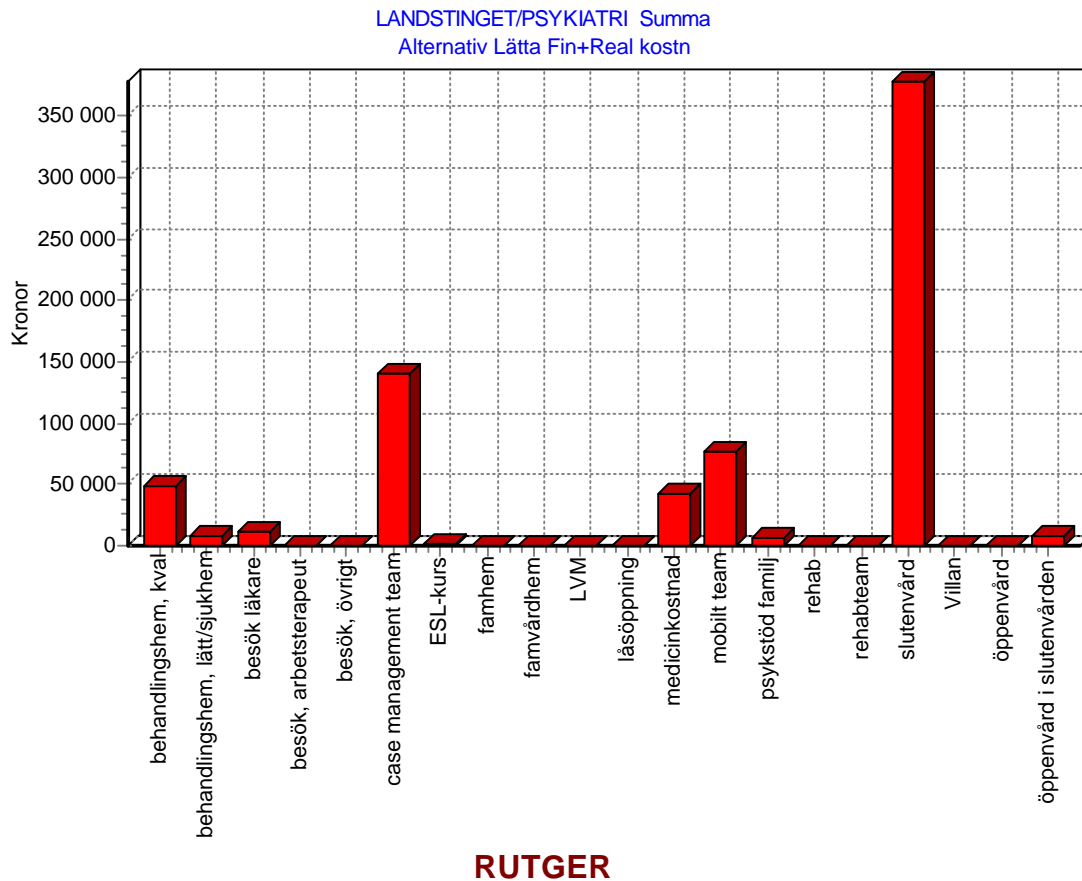
Rutger	Totalt
Arbetsmarknadsverket	42203
Försäkringskassan	464425
Kommunen	719499
Landstinget	803654
Rättsväsendet	77842
Övrigt	122581
Totalt	2230204

6.2.2 Landsting

Landstingets kostnader domineras även i best case av kostnaderna för psykiatri (90%) men på en helt annan kostnadsnivå 720.000 kronor i stället för drygt 1.100.000 kronor.



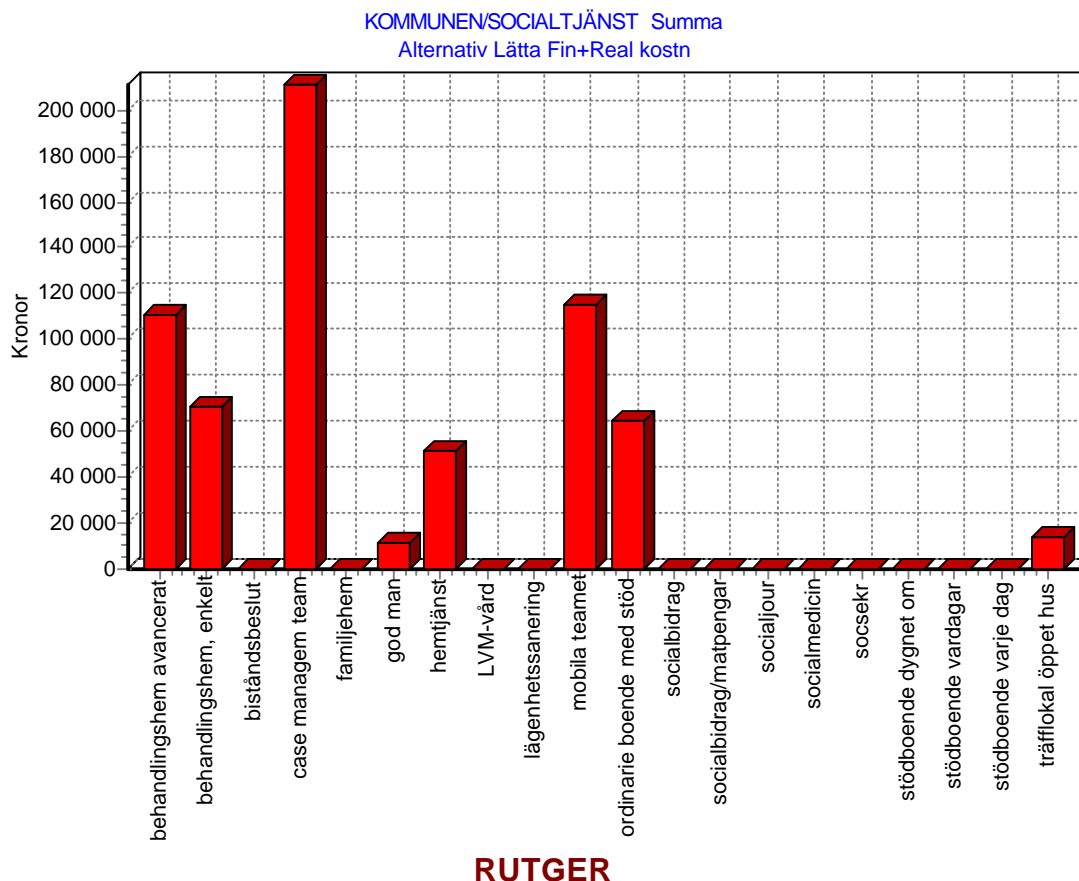
Intressant är att inom psykiatrin är fortfarande slutenvårdskostnaderna dominerande (52% mot 74% i worst case), men på en betydligt lägre nivå. Vid sidan av att de totala kostnaderna för psykiatrin sjunkit har en hel del kostnader överförts till CMT + mobila teamet (30% av psykiatrins kostnader eller cirka 215.000 kronor). Detta är ju den ekonomiska konsekvensen av att man gått från en mycket dyr slutenvårdsbehandling till en betydligt billigare öppenvårdsbehandling.



6.2.3 Kommun

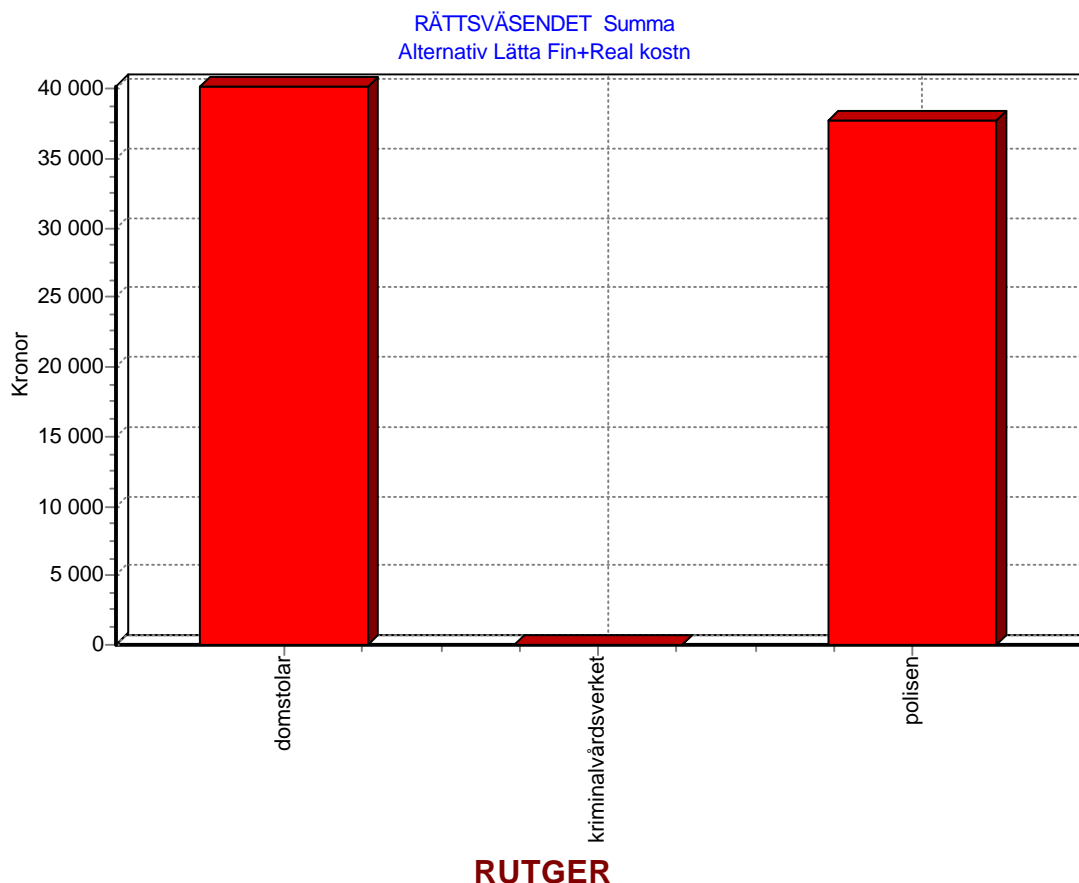
För kommunens del får vi nu en helt ny kostnadsbild (vid sidan av att de kommunala kostnaderna utgör en större andel av de totala kostnaderna för Rutger och uppgår totalt till cirka 650.000 kronor mot 750.000 kronor i worst case)

Den dominerande kostnadsposten är inte längre behandlingshem utan de sammanlagda kostnaderna för mobila teamet + CMT. Kostnaderna för denna verksamhet uppgår till cirka 325.000 kronor eller 51% av socialtjänstens kostnader. Behandlingshemskostnaderna har reducerats till 180.000 kronor eller 18% av de totala socialtjänstkostnaderna att jämföra med 72% i worst case. En klar konsekvens av förskjutningen från institutionsvård till öppenvård som både förskjuter och sänker kostnaderna för kommunen. Vi ser här samma mönster som inom psykiatrin.



6.2.4 Rättsväsende

För rättsväsendet är bilden också helt annorlunda. Vid sidan av att kostnaderna totalt sett är mycket lägre (78.000 kronor mot 298.000 i worst case) har kostnaderna för kriminalvårdsverket helt försvunnit. Detta är naturligtvis en konsekvens av Rutgers minskade kriminalitet.



6.2.5 Övrigt

Samma mönster speglas under rubriken övrigt. Eftersom Rutgers kriminalitet har reducerats leder detta till att allmänhetens kostnader sjunker från 365.000 kronor till cirka 65.000 kronor. Den positiva prislappen på ett antal icke begångna inbrott och vandaliserade sommarstugor. Totalt sett har posten övriga kostnader sjunkit från cirka 600.000 kronor till cirka 120.000 kronor eller till en femtedel av tidigare nivå.

6.3 Differens mellan best case och worst case

Det som återstår att göra nu är att se vilka de totala skillnaderna är mellan best och worst case både sammantaget och för de olika aktörerna. **Leder samverkan till en samhällsvinst? Hur fördelas eventuella vinster mellan olika aktörer och finns det eventuella förlorare som måste kompenseras för att vinsterna ska bli möjliga att ta hem?**

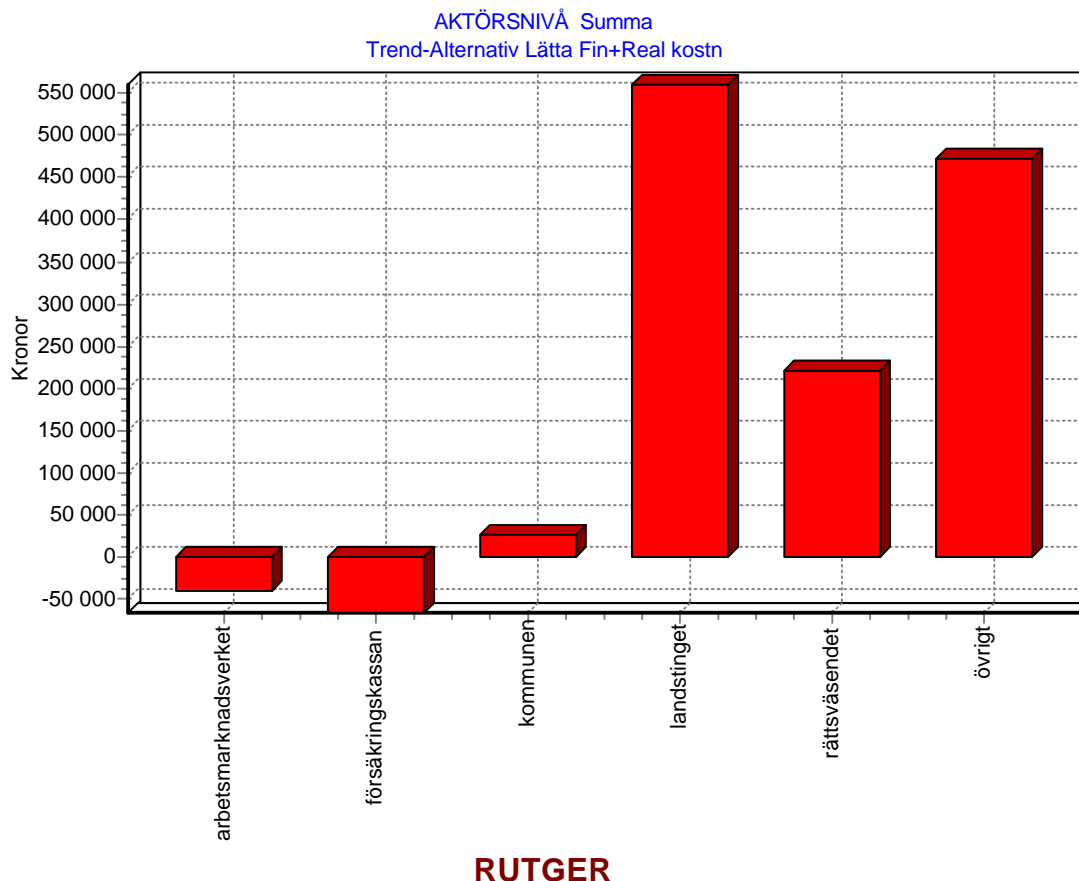
I de diagram som presenteras kan det vara värt att notera att en ”positiv” stapel anger att samverkan leder till en vinst i detta avseende medan en ”negativ” stapel på motsvarande vis anger en förlust.

6.3.1 Totalt

Det dominerande mönstret då vi ser på den totala effekten av att övergå från icke samverkan till samverkan (från worst case till best case) är att den totala ”samhällsvinsten” av detta uppgår till cirka 1.175.000 kronor under femårsperioden eller cirka 235.000 kronor på årsbasis. Annorlunda uttryckt innebär sänkningen av kostnaderna **en besparing på cirka 35%** - samtidigt som kvaliteten i Rutgers liv ökar högst avsevärt. **Mer och bättre tycks kunna uträttas med mindre resurser – om man fokuserar på att samverka**, utnyttja resurserna på att göra rätt sak i stället för att göra samma sak som alltid, lite snabbare än förr. Höjd kvalitet och lägre kostnad skulle huvudresultatet av ökad samverkan kunna sägas vara.

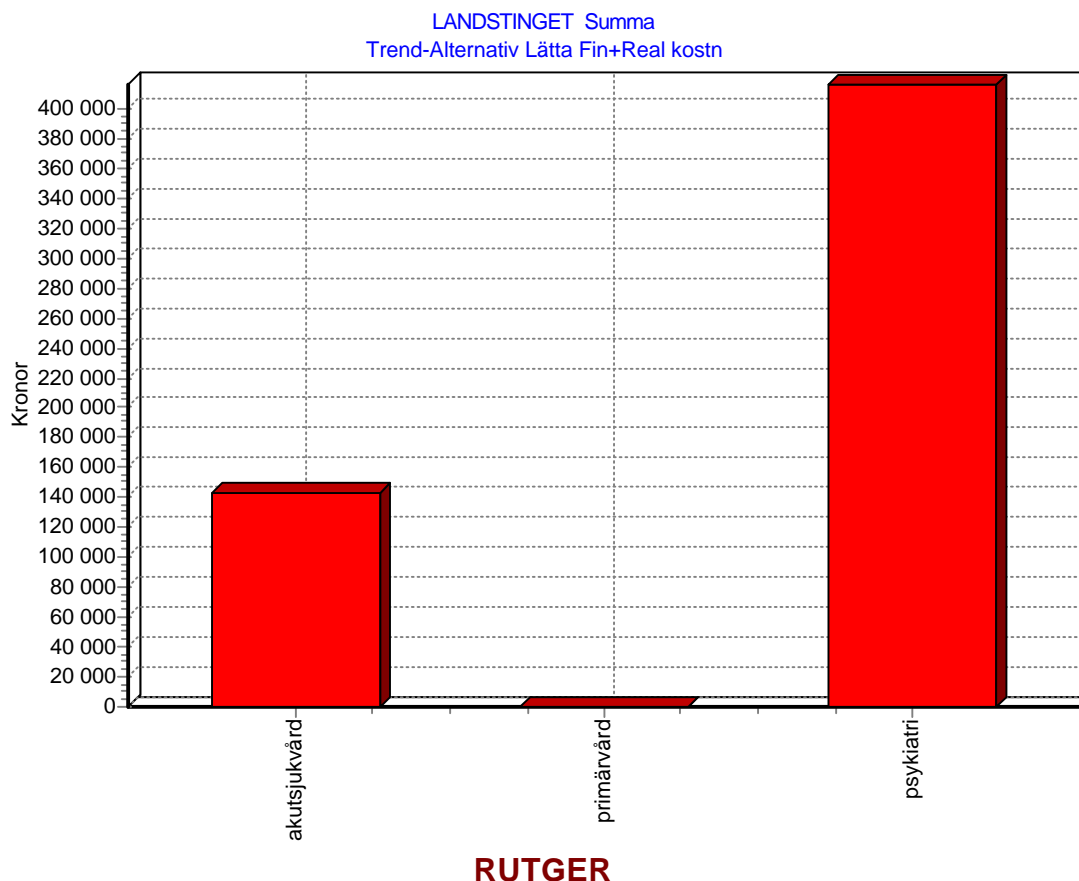
En annan intressant sak är att det finns många vinnare. Inte bara landstinget vilket är en naturlig konsekvens av psykiatrireformen. Men även kommunen är (utöver skatteväxlingens effekter) en nettovinnare om än i måttliga siffror.

De myndigheter som fått ökade kostnader är Arbetsmarknadsverket och försäkringskassan vilket är ett resultat av att Rutgers liv i viss mån normaliserats och mindre fylls av slutenvårdsåtgärder och fått inslag av arbetsmarknadspolitiska åtgärder och att försäkringskassan i best case inte längre bara är passiv utbetalare av pension utan även vidtar andra åtgärder inom ramen för Rutgers ”normaliseringsprocess”.



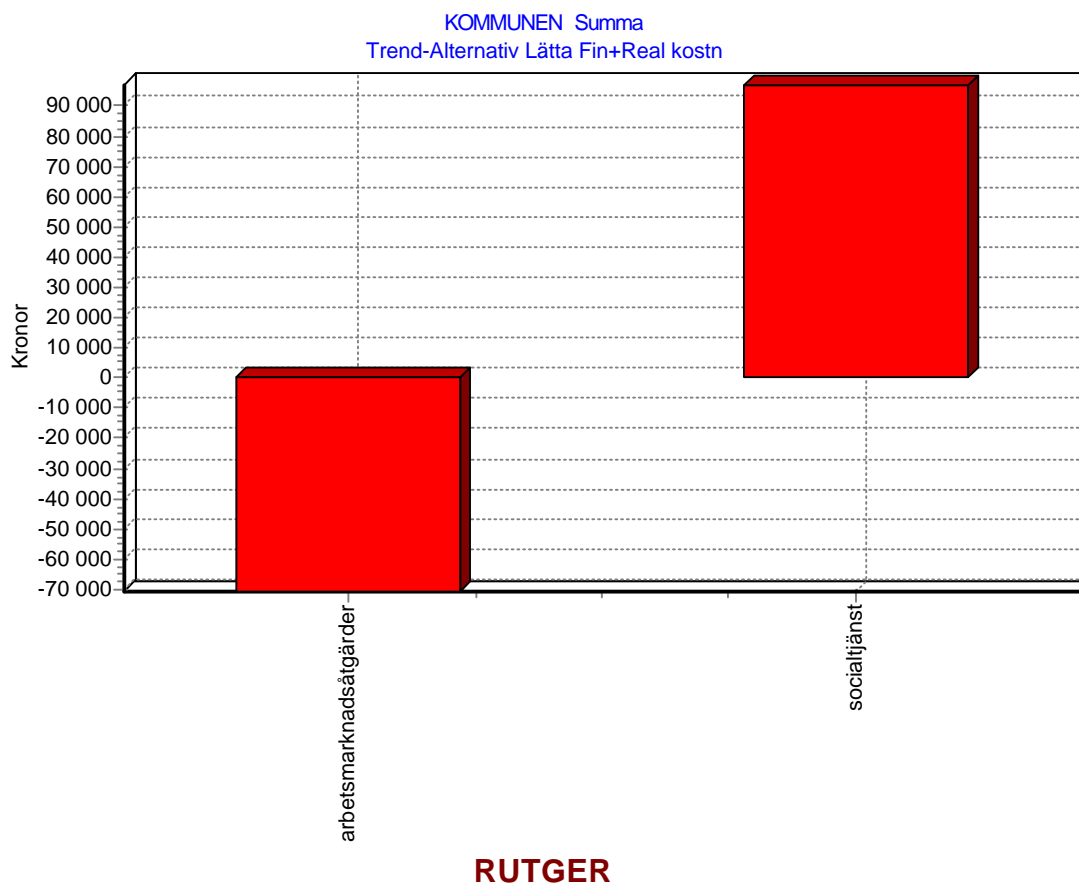
6.3.2 Landsting

Landstingets totala vinster för denna process är betydande. Den totala vinsten uppgår till 560.000 kronor för femårsperioden. Huvuddelen av detta är de besparingar som sker inom psykiatrins slutenvårdsdel. Landstingets kostnader för Rutger faller som en följd av samverkansarbetet och förskjutningen mot öppenvård med cirka 41%. En del av denna besparing återkommer naturligtvis som en ökad belastning på den kommunala sektorn – en naturlig följd av psykiatrireformen.



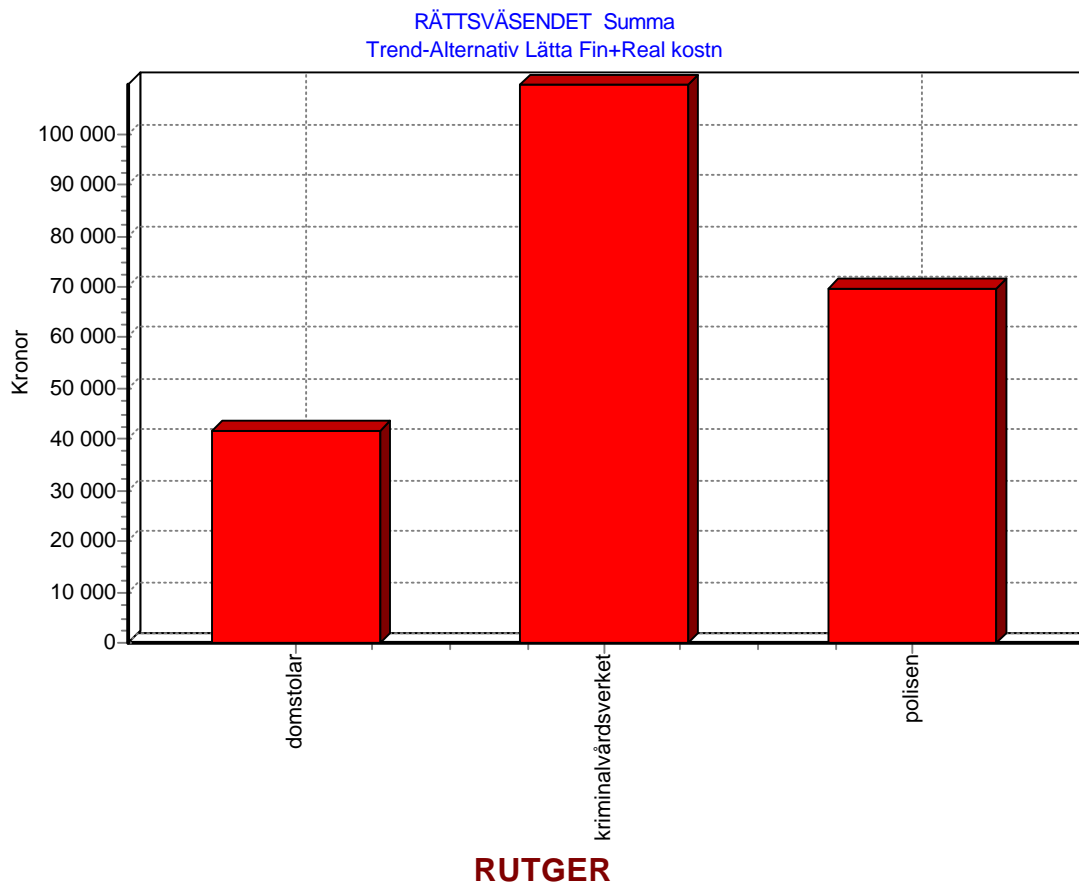
6.3.3 Kommun

Kommunens mönster är något annorlunda. Inomkommunalt sker en omfördelning mellan socialtjänsten och den arbetsmarknadspolitiska delen. Lite förenklat uttrycker de ökade kostnaderna på arbetsmarknadssidan effekterna av att Rutger påbörjar ett arbete med att närma sig arbetsmarknaden. Socialtjänstens vinst på 96.000 kronor handlar framförallt om minskade behandlingshemskostnader som faller med cirka 350.000 kronor. En del av dessa kostnader överföres till kostnaderna för mobila teamet + CMT som totalt sett för perioden kostar kommunen cirka 325.000 kronor. Den totala vinsten för kommunens dels uppgår till cirka 25.000 kronor om vi bortser från de för kommunen positiva omfördelningsmekanismer som är inbakade i skatteväxlingsprocessen.



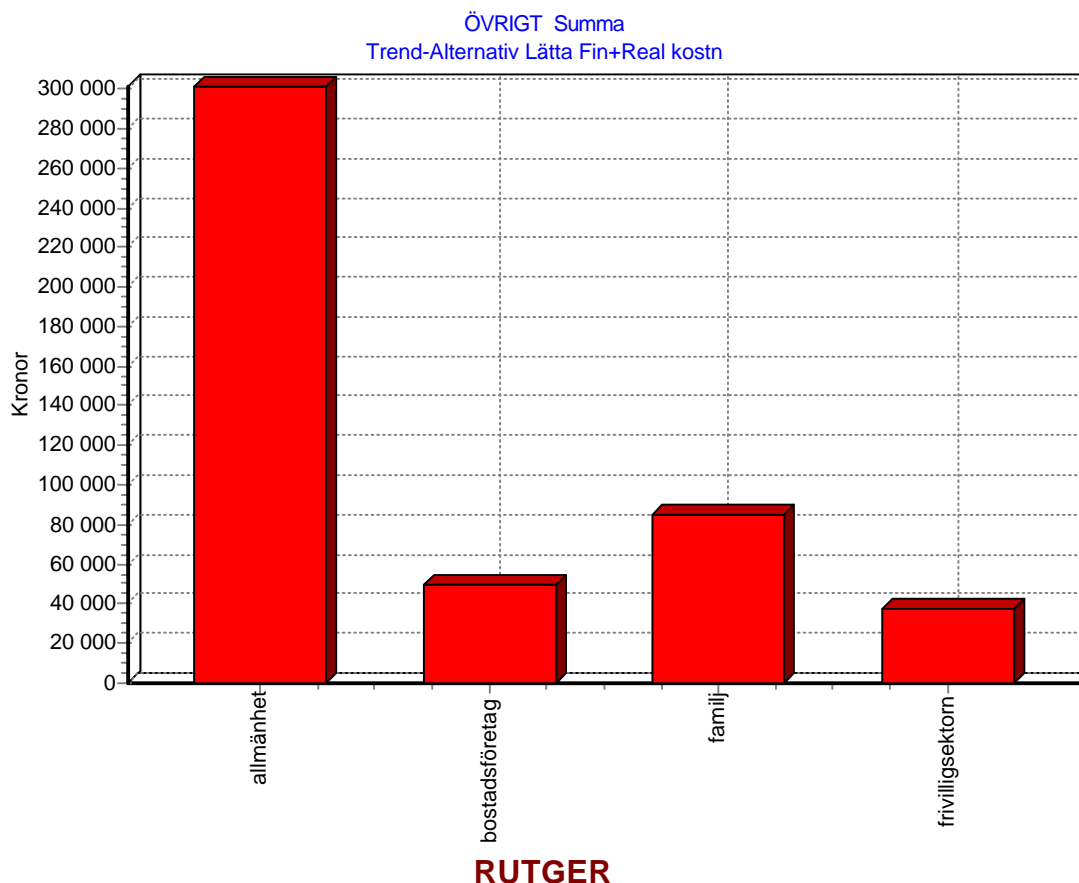
6.3.4 Rättsväsendet

De totala vinsterna för rättsväsendet av den förbättrade samverkan uppgår till cirka 220.000 kronor eller 74% vilket är ett uttryck för att Rutgers mer stabila liv sätter mindre avtryck i form av brottslighet och allmänt störande uppträdande.



6.3.5 Övrigt

Detta återspeglas också i de vinster som uppstår för allmänheten i form av minskad störning, färre inbrott, minskad vandalisering etc. De totala vinsterna i förhållande till worst case uppgår till 495.000 kronor eller cirka 82%



7. SLUTSATSER

7.1 Slutsatser i stort av våra kalkyler

Vilka slutsatser kan man då dra utifrån våra kalkyler och med utgångspunkt i alla de reservationer man måste göra kring resultatens generaliserbarhet och som vi pekade på inledningsvis i vår rapport. Vi tycker oss se följande

1. **samverkan är en utomordentligt lönsam historia**, vinsterna ligger på individnivå för denna grupp av människor på nivån ”flera hundra tusen kronor per år”. Ett resultat som vi funnit även i tidigare studier
2. samverkan har också den intressanta effekten att man samtidigt kan **både höja kvalitet och sänka kostnader** genom att man börja söka nya lösningar
3. den tydligaste omfördelningen kring Rutger handlar dels om omfördelning av resurser från slutenvård mot öppenvård och dels **från åtgärder av**

passiviserande/behandlande natur till aktiviteter av aktiverande/sysselsättande natur

4. **praktiskt taget alla aktörsgrupper tjänar** på denna samverkan. För de aktörer där kostnadsökningar uppstår är dessa tämligen måttliga och borde vara tämligen enkla att hantera
5. de verkligt **stora vinnarna är landstinget, allmänheten och rättsväsendet**. Av dessa deltar rättsväsendet knappast alls i denna form av samverkansaktiviteter men kan ändå vara med och hämta hem vinster. Allmänheten får väl anses vara omfördelningsspelets tysta vinnare.
6. det finns alltså ingen enskild aktör som kan anses vara förlorare i processen. Det är emellertid inte särskilt svårt att se att de stora förlorarna är slutenvårdsinstitutionerna och behandlingshemmen (ofta privata aktörer). Lite förenklat innebär det att för varje "Rutger" som man lyckas arbeta med på detta vis och där man lyckas sänka kostnaderna med cirka 225.000 per år leder detta grovt räknat till **en försvunnen årsarbetsplats inom slutenvården**. Kanske är det inom detta fält motståndet mot denna typ av förändring kommer att uppstå

7.2 Rutgers liv

Vad som är ännu mera otvetydig än själva kalkylerna är att samverkan och den modell för case management team vi här skisserat ger **Rutger ett avsevärt bättre liv**. Det bidrar till att minska hopplöshetskänslan kring honom. Det bidrar till att göra hans liv värdigare och bidrar till hans "normaliseringsprocess". Dessutom uppstår som viktiga "biprodukter" att livet för hans familj och anhöriga blir avsevärt bättre och oron och störningarna för allmänheten i stort minskar. Ett litet, litet steg mot ett bättre och tryggare lokalsamhälle

7.3 Den samhällsekonomiska nyttan av samverkan

Ibland kan det vara intressant att studera samverkan som ett investeringsproblem för att vid sidan av alla de viktiga moraliska och humanistiska argumenten kring samverkan studera det som ett ekonomiskt beslutsproblem.

I best case är kombinationen av mobila teamet och CMT den investering som genomförs. Den totala kostnaden för dessa åtgärder för kommun och landsting uppgår för femårsperioden till 530.000 kronor för Rutgers del. Till detta kommer kommunens arbetsmarknadspolitiska investering i honom som uppgår till cirka 70.000. Totalt sett en investering på 600.000 kronor.

Vad är vinsten av detta vid sidan av Rutgers förbättrade livskvalitet? Den totala nettovinsten är 1.175.000 kronor. Dvs när kostnaderna för investeringen är borträknade återstår en total nettovinst **eller årlig nettovinst på cirka 200% av den investerade kostnaden**. Dvs för varje investerad krona som satsas får man tillbaka

insatsen plus ytterligare två. En avkastning som ligger i nivå med börsuppgången på Nokiaaktien rekordåret 1998.

Man kan uttrycka det på ett annorlunda vis. Hur många misslyckanden kring personer av Rutger sort har "vi råd med" för att processen ändå ska gå med vinst. Uttrycker vi det på detta vis kan man säga att det räcker med att vi lyckas med var tredje Rutger för att den samhällselikvationen ska gå jämt upp.

7.4 Aktörernas incitament och hinder

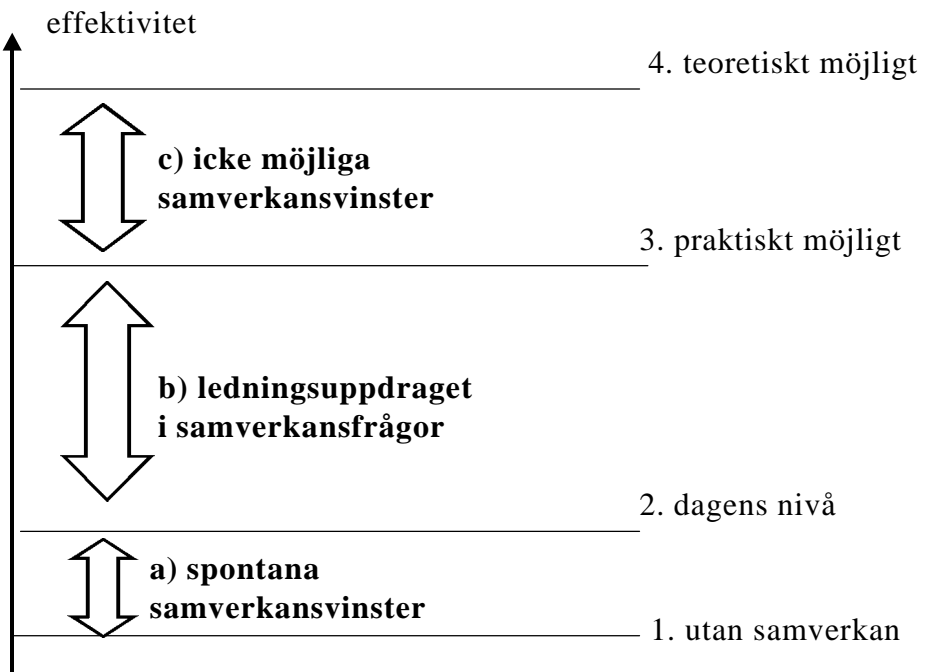
Men detta är inte bara ett ekonomiskt problem. Det är också ett perspektiv- kunskaps- och synsättsproblem. Vi vet från många studier att utvecklad samverkan i regel är en lönsam affär. Likväl är det ofta svårt att få denna samverkan till stånd. Vad kan detta bero på? Vi tror det finns flera alternativa förklaringar

- a) man ser inte vinsterna eftersom man saknar kunskap om den totala kostnadsbilden
- b) man tror inte på vinsterna. Man tror att kalkylerna är överdrivna. Felräknade eller baserade på glädjekalkyler
- c) man ser vinsterna och tror på dom, men tror att någon annan får dom. Man ser sig själv (på saklig grund eller ej) som förlorare i ett Svarte-Petterspel
- d) man ser vinsterna, tror på dom, tror att man själv kan få dom, men det ligger för långt fram i tiden för att det ska ha betydelse för dagens beslut (ettårsbudgetens förbannelse)
- e) det blir för besvärligt samverka och man vet inte hur man gör, varför man låter bli

7.5 Samverkans vinster och det offentliga ledarskapet

Men det finns också en annan problematik. Denna studie är inte den första i vilken det visas att en förändring till det bättre är möjlig att genomföra, t.ex. genom samverkan, och att man inom det beslutsfattande systemet ställer sig skeptisk till resultatet. Denna skepsis är helt naturlig. För hur ska man kunna hämta hem vinsten? Svaret på denna fråga beror lite grand på vilket perspektiv man anlägger. Erfarenhetsmässigt vet vi att varje gång en offentlig resurs friläggs tenderar den att ätas upp av något annat angeläget och ännu inte tillgodosett behov. Därmed uteblir besparingarna. Vinsten blir "luftpengar". Men vi har också ett annat problem, man kan inte stänga en åttondels vårdavdelning, dra in en tjugofjärdedels rehavtjänst eller minska lokalytorna på en vårdcentral med 4,5 kvadratmeter. Vår kalkyl bygger indirekt på att detta skulle vara möjligt. På så sätt är kalkylen missvisande. Den visar på **de vinster som skulle vara möjliga att erhålla genom samverkan om inga omställningströgheter fanns** inne i de offentliga organisationerna. På så sätt skulle man kunna tala om den som ett idealfall. Blir därmed analysen reducerad till en teoretisk övning utan praktiskt värde?

Nej, vi tror inte det. Vid sidan av att den ger en bild om hur man borde organisera arbetet kring Rutger om man så att säga fick börja om från början, ger den en annan typ av information som enklast kan illustreras med följande diagram;



Vi har i diagrammet illustrerat fyra effektivitetsnivåer med avseende på samverkan 1) utan samverkan alls, 2) den samverkansnivå man ligger på idag, 3) den samverkan som praktisk skulle vara möjlig att uppnå samt 4) den samverkansnivå som teoretiskt sett skulle vara möjlig att uppnå. Vår kalkyl har i huvudsak fokuserat på gapet mellan nivå 1 och 4 i figuren ovan¹⁴.

Psykiatrireformen som sådan har på många ställen i landet lett till att spontana samverkansvinster har uppnåtts till följd av kloka människors agerande vilket vi i figuren ovan illustrerat som språnget a). Kalkylen vi genomfört pekar också på vinster som endast teoretiskt sett är möjliga att uppnå under förutsättning att alla organisatoriska trögheter kan reduceras. Det finns en viss andel av samverkansvinsterna som i praktiken inte är möjliga att utvinna – språng c) i figuren ovan.

Men den intressanta, och såvitt vi kan förstå också största gruppen, utgörs av skillnaden mellan dagens samverkansnivå och det som skulle vara praktiskt möjligt att uppnå. All vår erfarenhet från ett stort antal konsultuppdrag pekar på att detta språng är mycket större än vad man vanligtvis föreställer sig. Men denna

14 detta är inte helt korrekt eftersom det i expertpanelens resonemang hela tiden funnits ett mycket starkt inslag av att betona det praktiskt möjliga, varför vårt best-case kanske ligger någonstans mellan nivå 3 och 4 i figuren

samverkansvinst uppstår inte med automatik. Det kommer att uppstå om det **utövas ledning för att uppnå detta mål.**

Vi har därmed **identifierat ett ledningsuppdrag kring samverkan, uppdraget att hämta hem den möjliga samverkansvinsten – både ekonomiskt och kvalitativt.** Ett uppdrag som kommer att kräva ett något annorlunda synsätt och en någon annorlunda metodik än vad vi vanligtvis tillämpar i offentligt ledarskap¹⁵.

7.6 För dom som arbetar med Rutger

För dom som arbetar med Rutger har samverkan effekter på flera vis. Den första och kanske viktigaste effekten är **känslan av att göra ett bra arbete**, känna framgång och att lyckas. Arbete i team och samverkansgrupper ska inte skönmålas eller idealiseras eftersom detta är svårt och konfliktfyllt, men det ger ofta människor känsla av helheter och att lära sig nya perspektiv. Allt detta leder ofta till att **man orkar bättre och har en högre tilltro att man ska lyckas vilket i sig kan vara en viktig framgångsfaktor** i arbetet med Rutger. Tron på framgång föder ofta framgång i denna typ av arbete.

8. TVÅ VIKTIGA DISKUSSIONER

Då man arbetar med Rutgers livsöde kan man, som icke professionell inom vården, inte undgå att slås av **hur sällsynt illa Rutger passar in** i alla de system vi byggt i vår normalt sett välfungerande välfärdsmodell. Rutger har också ett livsöde där man gång på gång drabbas av insikten om **hur illa han far i livet**. Utanförskapet och eländet är påträngande i sin närvaro. Men det finns också en annan känsla. **Känslan av hopplöshet** och att loppet är kört. Någon i vår expertpanel uttryckte ganska tidigt i vår arbetsprocess att hans enda chanser är att bli kär eller frälst. Därför tror vi att det kan vara viktigt att fundera över vad som kan anses vara framgång i arbetet med Rutger. I vår moderna digitala värld är det lätt att tolka livet i ytterligheter och svart-eller-vitt-positioner utan mellanliggande gråtoner. Rutger går under eller blir helt rehabiliterad. Överhuvudtaget känns det som om **begreppet ”framgångsrik rehabilitering” alltför ofta saknar djupare innebörd för personer som Rutger**. Därför kan det vara av vikt att fundera över vad som utgör framgång i arbetet med honom

En annan intressant fråga som dyker upp är: om nu vinsterna av att samverka kring Rutger är så stora, inte bara för honom själv utan för samhället i stort, varför är det då så svårt att få till en sådan samverkan? Vilka är de konkreta och de mer subtila hindren?

15 se Nilsson & Lundmark, Gränsöverskridande ledarskap, SEE, 1998. Ett sådant angreppssätt har för övrigt tillämpats i Södertälje med anledning av de resultat vår tidigare studie där kring psykiatireformen visade.

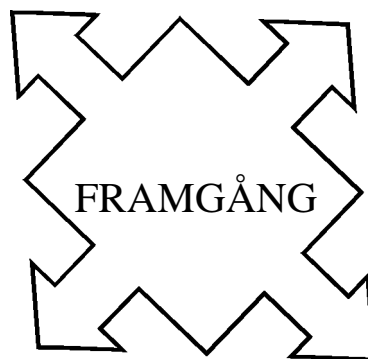
8.1 Framgångsmått

8.1.1 Som man ropar får man svar

Då man studerar arbetet kring Rutger så definieras begreppet framgång helt utifrån vilket perspektiv man anlägger. Vi kan hitta åtminstone följande fyra perspektiv på framgång i arbetet med Rutger

INDIVIDEN =
bättre liv

VERKSAMHETEN =
bättre resultat, lyckas



SAMHÄLLET =
billigare & effektivare

PERSONALEN =
arbetstillfredsställelse

Beroende på vilket perspektiv man utgår från erhåller man helt olika svar då vi diskuterar begreppet framgång i samband med arbetet kring Rutger. Här är några alternativa definitioner av begreppet som vi stött på under arbetets gång

- lägre vårdkonsumtion
- minskade samhälls- och/eller myndighetskostnader
- mindre rundgångseffekter mellan aktörerna
- minskad droganvändning
- ett mer stabilt socialt sammanhang
- arbete eller meningsfull sysselsättning i någon form
- eget boende
- höjd livskvalitet för Rutger

- återetablering av Rutgers sociala nätverk
- personal som känner att de gör ett bättre jobb och därför orkar mer

8.1.2 Varåt ligger framåt?

Det intressanta med dessa olika framgångsmått är att de ibland sammanfaller helt, ibland delvis och ibland står i direkt strid med varandra. Vi har alltså vad man brukar kalla målkonflikter. Det är också intressant att **ingenstans har vi hittat någon heltäckande och gemensam bild av vad som är framgång och vad som är "rätt resultat" i arbetet med Rutger**. Räcker det med att han är mindre drogberoende än förr för att man ska anses ha lyckats? Vad är sysselsättningsmålet för Rutger? Och vems mål är det i så fall? Hur viktigt är ett bra liv för Rutger i förhållande till en billig verksamhet? Är en billig verksamhet detsamma som en bra verksamhet? Gör man överhuvudtaget rätt saker med Rutger utifrån de mål som borde finnas? Och vad innebär begreppet effektivitet i detta sammanhang?

Framgång, resultat, effektivitet och mål är centrala begrepp då man ska leda och styra en verksamhet. Utan tydliga mål blir det väldigt svårt att effektivt styra – man saknar kompass att styra med, det kommer i organisationen att råda olika och oklara uppfattningar om varåt framåt ligger. Såvitt vi kan se är detta ett centralt dilemma i det fortsatta arbetet med personer som Rutger.

Kanske handlar det om att överge digitala, förenklade synsättet som begrepp som frisk och sjuk antyder. Kanske handlar det om att politiker och andra administrativa beslutsfattare måste förstå att sätta rimliga mål för arbetet med personer som Rutger. Kanske handlar det om något så enkelt som att ett något bättre liv är bättre än ingen förbättring alls

8.2 Vilka hinder för samverkan finns

Gemensamma mål för vad som ska uppnås i ett samverkansprojekt utgör en av grundförutsättningarna för att lyckas med samverkan. Men det finns många hinder för att nå detta mål och som vi till och från stött på i Södertälje. Här är en enkel och osorterad bruttolista över några sådana

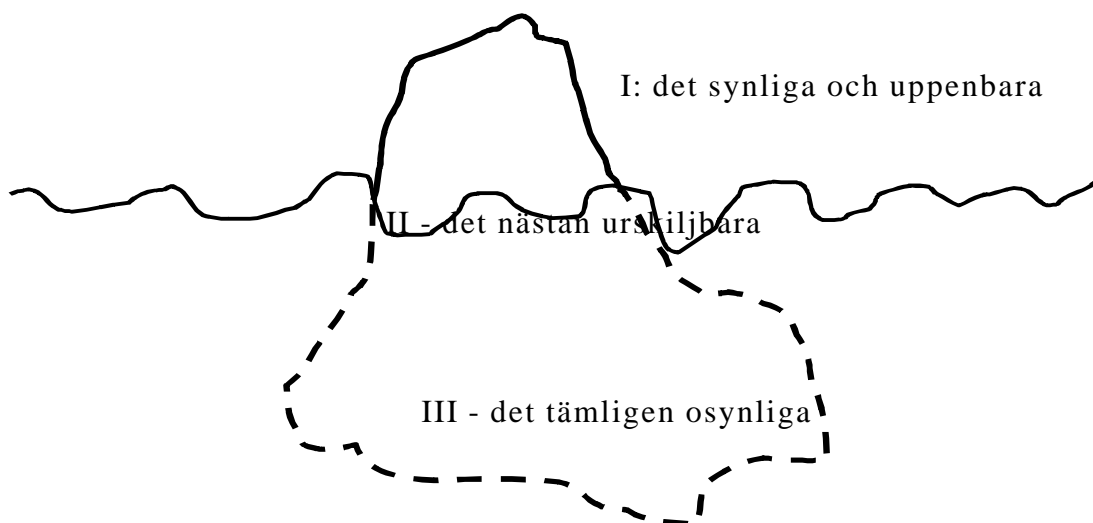
- a) **kostnadsövertalning** mellan parterna, eller farhågor om detta vilket gör att var och en försöker värna om sitt revir och sin budget
- b) **budgetgränserna** som gör det legitimt, ja rentav berömligt, för en part att spara 10.000 kronor för att rädda egen budget även om det leder till samhällelig merkostnad på 100.000 kronor
- c) **budgetmodellen** som gör det viktigare att hålla budget i ett ettårsperspektiv än att agera långsiktigt och med ett investeringsperspektiv

- d) brist på **gemensamma målsättningar** för vad som ska uppnås i arbetet kring Rutger
- e) **olika bilder av problemet**. Rutger kan ses som ett missbruksproblem, psykiatriskt problem, försörjningsproblem, boendeproblem, polisiärt problem. Val av problemdefinition (diagnos) avgör som bekant vad man vill göra åt det (behandling)
- f) kampen om den rätta läran i synen på Rutger. Som egentligen består av två delar. Rätten att få definiera problemet. Och rätten att slippa betala för det – **Svarte Petter - problematiken**
- g) det föreligger också stundtals **brist på kunskap om varandra**, samverkansparternas uppdrag, värderingar, synsätt och intressen
- h) man har **inga etablerade nätverksmodeller** att arbeta i. Man saknar kunskaper och metoder för hur arbete ska bedrivas och ledas i nätverksorganisationer och gränsöverskridande miljöer
- i) olika **synsätt och värderingar av klienten** samt hur man bemöter denne samt vilken yrkesroll och professionell roll personalen ska inta
- j) genom alla besparingar hos olika aktörer finns det en tendens att mer och mer fokusera sig mot det som kallas **kärnverksamhet** vilket sker på bekostnad av samverkansaktiviteter, som får en lägre prioritet
- k) **sekretesslagstiftningen** som kan uppfattas som en barriär mot att utväxla information för att därmed skapa en gemensam helhetsbild

Om man ögnar genom denna enkla hinderlista ser man ganska snabbt att vissa av dessa hinder är konkreta och handfasta, medan andra är mer subtila, underliggande, typiska mjukvarufrågor. En tredje grupp innehåller inslag av båda dessa sidor.

Då vi i vårt konsultarbete möter dessa hinder tänker vi ofta på dem som ett isberg av ungefär följande slag. Sekretesslagstiftning och budgetregler är ganska tydliga, synliga och uppenbara. Värderingsskillnader och synsättsfrågor liksom brist på tillit tillhör det mer osynliga. Och i mellangruppen kanske vi hittar frågor som metodikbrist, brist på kunskap om varandra etc.

EN HINDERSTRUKTUR



Och precis som verkliga isberg ligger de verkligt avgörande delarna under vattenytan. Det är vår bestämda bild att de hinder man ser ovanför vattenytan mer utgör symptom på bristande samverkansvilja än verkliga hinder. Låt oss ta sekretessregler som exempel. I de kanske 50 olika samverkansprojekt vi varit engagerade i de sista tio åren, har aldrig sekretessen utgjort ett avgörande hinder för att lyckas med samverkan. Det har alltid, undantagslöst, varit andra faktorer som utgjort det egentliga problemet

Alla dessa hinder utgör exempel på fenomen som måste hanteras för att lyckas samverka i arbetet kring Rutger. Vi går inte här in på hur en sådan samverkan kan och bör byggas upp – en sådan diskussion presenterar vi i en särskild rapport¹⁶.

Men det vi kan konstatera är, att utan en klar medvetenhet om förekomsten av denna typ av hinder i kombination med en strategi och metodik för att hantera dem, kan inget samverkansprojekt hoppas på att bli framgångsrikt

8.3 Det hänger på ledarskapet om man ska lyckas

Då man arbetat med Rutger och hans liv ett tag blir det så oerhört tydligt vilka vinster som en god samverkan skulle kunna ge. Både för Rutger och hans familj, för de som arbetar med Rutger och för samhället i stort. Både kvalitativt och ekonomiskt. Vinsterna är så stora att det närmast är ofattbart att inte större ansträngningar görs för

16 Nilsson & Wadeskog, Ju fler kockar desto bättre soppa, SEE & Socialstyrelsen, 1999-03-01

att hämta hem dem. Vi kan se att en förklaring till detta står att söka inom tre områden. För det första **det allmänna förändringsmotstånd** som finns i alla organisationer. För det andra i de **stysystem och styrimpulser** i form av det kortsiktiga budgetansvar och de prestationsmål som sätts upp för de i samverkans ingående parterna och som ofta styr från snarare än mot samverkan¹⁷.

Men den kanske viktigaste förklaringen till att vinsten inte hämtas hem, sett med våra ögon och med utgångspunkt i våra erfarenheter från ett stort antal samverkansprojekt, utgörs av **det oklara ledarskapet kring samverkansfrågor**. Att leda samverkan är en i offentlig sektor relativt okänd konst. Och samverkan måste i en eller annan form ledas för att kunna bli framgångsrik. Detta ledarskap skiljer sig avsevärt från våra traditionella ledningsmodeller i offentlig sektor. Inslag av förhandling, dialog, visioner, lyssnande, idéstyrning, inspiration kommer att vara viktiga. Det är detta ledarskap som krävs för att den möjliga samverkansvinsten också ska kunna realiseras.

17 detta problem försöker man bl.a. att tackla inom ramen för de s.k. socsamförsöken

9. AVSLUTNING

Vi som skrivit denna rapport har nu arbetat med samverkan som fenomen i offentlig sektor i cirka 20 års tid. Under denna period har samverkan som fenomen fått allt större tyngd. Att prata samverkan idag är ytterst politiskt korrekt. Likväl tycks det vara så svårt att få till det i vardagen. Detta problem möter vi oavsett om vi pratar om utsatta barn, personer med rygg/nackproblem, äldre sjuka eller missbrukare. Samma mönster återkommer ständigt. Gång på gång möter vi samverkansgrupper och samverkansprojekt som uppfinner hjulet på nytt på egen hand.

Vi har lärt oss några saker som är viktiga att komma ihåg. För det första att samverkan måste baseras på en **vilja att samverka och gemensamma synsätt och värderingar**. Det är ofta kring värderingsfrågan samverkan stupar. För det andra att samverkan kräver någon form av ledning. Men ledning på ett alldeles nytt vis. Då vi genomför utbildningar i dessa frågor brukar vi prata om begreppet **gränsöverskridande ledarskap** som ett uttryck för detta nya ledarskap. Slutligen baseras framgångsrik samverkan, som allt annat framgångsrikt organisationsarbete på kunskap och metodik. **Det finns samverkansmetoder som fungerar** bättre än andra och det finns redskap som är beprövade. Varför uppfinna hjulet på nytt i stället för att använda energin till att få det att rulla?