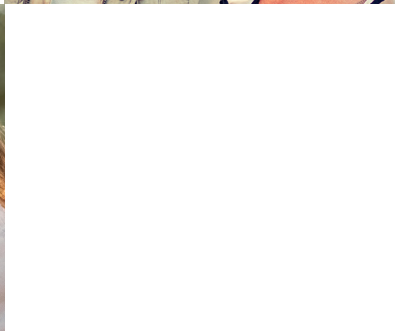
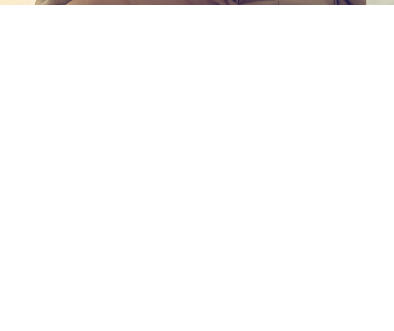




Samordnade individuella planer – en väg till samverkan

SIP för personer med komplexa behov



FoU-rapport nr 32/2018
David Matscheck

FoU Nordost är en forsknings- och utvecklingsenhet för de nordostliga Stockholmskommunerna Danderyd, Lidingö, Norrtälje, Täby, Vallentuna, Vaxholm och Österåker. FoU Nordost ska genom praktisknära forsknings- och utvecklingsinsatser utgöra en resurs för utveckling och utvärdering inom socialtjänsten som omfattar individ- och familjeomsorg, funktionsnedsättning och socialpsykiatri, samt för utveckling av vård, omsorg, rehabilitering och stöd och service till äldre personer. Stockholms Läns Landsting är medfinansierare av den verksamhet som rör inriktningen mot äldre.

www.founordost.se

Samordnade individuella planer – en väg till samverkan?

SIP för personer med komplexa behov

© FoU Nordost 2018

Omslagsfoto: Sara Söderström (Ljung)

FoU-rapport 32/2018

ISBN 978-91-983772-7-9

Förord

För att individens behov ska tillgodoses inom vård och omsorg, och för att insatser ska samordnas över huvudmannagränser, stiftades 2009 en lag för samverkan. Denna lag kompletterades senare för att ytterligare stärka att individens behov tillgodoses. En av målgrupperna för lagens intentioner är personer som många gånger har stora behov av samhällets stöd, men där välfärdssamhällets strukturer i sig utgör en barriär och en komplexitet. En och samma individ kan ha kontakt med socialtjänstens, psykiatrins, beroendevårdens, sjukvårdens och försäkringskassans handläggare, men ha liten kontroll över hur insatser samordnas. Lagens intention var att ge brukaren en central roll för samordningen kring sina behov.

Denna rapport undersöker i vilken grad samordning sker i fyra kommuner, Täby, Norrtälje, Vaxholm och Österåker. De verksamhetsområden vars akter har studerats är socialpsykiatri och missbruk.

Rapportens resultat bör ses ur brukarens perspektiv. Hur tas brukarens behov tillvara? Hur kommer brukaren till tals? Dokumenteras brukarens idéer? I endast 38 procent av de studerade akterna, hade brukarens yttrande dokumenterats. En tolkning av detta kan vara att det fortfarande läggs större vikt vid de professionella aktörernas roll i SIP än vid brukarens. En annan tolkning kan vara att själva dokumentationen uppfattas som professionernas verktyg, inte brukarens. Oavsett ska den samordnade individuella planen underlätta för brukarens rätt till vård och omsorg från de olika huvudmännen. Denna rapport pekar på de utmaningar och utvecklingsbehov som finns inom området.

Vi vill tacka alla som bidragit till att öka förståelsen för hur samordnad individuell plan används i kommunernas verksamhet och det är vår förhoppning att denna rapport kan bidra till att utveckla samverkan över huvudmannagränser.

Danderyd, 30 augusti 2018

Åsa Hedberg Rundgren, med. dr.
Verksamhetschef, FoU Nordost

Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING	6
INTRODUKTION	8
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	10
BAKGRUND	11
Sektorisering, fragmentering och behovet av samverkan	11
Initiativ till att främja samverkan	13
SAMVERKAN OCH SIP I STOCKHOLMS LÄN	15
TEORETISKA PERSPEKTIV	16
FORSKNING OM SAMVERKAN OCH SIP KRING VUXNA MED KOMPLEXA BEHOV ..	19
Forskning om samverkansöverenskommelser och individuella planer	21
Studier om samverkansöverenskommelser	21
Studier om individuella planer	22
SAMMANHANG OCH FÖRUTSÄTTNINGAR – DE DELTAGANDE KOMMUNERNA I STUDIEN SAMT DERAS SAMVERKANSPARTNERS I LANDSTINGET	24
Österåker	24
Vaxholm	26
Täby	26
Norrtälje	27
Regionala och lokala samverkansöverenskommelser	27
METOD	29
Metodöverbäganden	29
Datinsamling, urval och bearbetning	30
Etiska överbäganden	32
RESULTAT	33
Urvalet – individuella planer i kommunerna och verksamheterna	33
Vilka personer fick SIP?	34
Vad hade personerna för bakgrund?	34
Vilka problem hade dessa personer?	34
Hur var planerna utformade?	36
Hur motiverades samverkan?	38
Hur motiverades SIP i respektive akt?	38
Vilka åtgärder och insatser kom parterna överens om?	39

Vilken typ och vilken grad av samverkan uppnåddes?	41
Vem tog initiativ till SIP?	41
Vilka organisationer deltog i SIP och vilka representerade dessa?	42
Hur ofta gjordes uppföljningar av SIP?	43
Hur aktiva var brukarna i SIP?	44
 SAMMANFATTANDE ANALYS	46
 DISKUSSION	50
 SLUTSATSER	53
 REFERENSER	54
 BILAGOR	59
Bilaga 1	59
Bilaga 2	59
Bilaga 3	60
Bilaga 4	61
Bilaga 5	64
Bilaga 6	64
Bilaga 7	65
Bilaga 8	65

Sammanfattning

Personer med komplexa problem på grund av missbruk och/eller psykisk ohälsa har ofta behov av flera typer av insatser parallellt. Därför är detta en grupp som kräver stora resurser. Samverkan, såväl mellan olika verksamheter inom socialtjänsten som med landstingsverksamheter, framhålls ofta som ett sätt att både förbättra resultat och minska kostnader. Det finns även evidens som visar att vissa modeller för samverkan, t.ex. olika former av team och case management, kan förbättra behandlingseffekter.

2009 lagstiftades om två nya krav på samverkan. Dels ska kommuner och landstingspsykiatri upprätta lokala samverkansöverenskommelser, vilket sedan 2013 även gäller för kommuner och landstingens beroendevård, dels ska samordnade individuella planer (SIP) upprättas för enskilda personer (SFS 2009:981, SFS 2009:979, SFS 2013:302, SFS 2013:303). Enligt förarbetet till denna lagstiftning, ska en viktig del i SIP vara brukarens medverkan i sin egen vård (Prop. 2008/09:193). I Stockholms län har kommunförbundet StorSthlm och Stockholms läns landsting (SLL) svarat på lagstiftningens krav genom en gemensam policy som fastställer en övergripande samverkansstruktur med ett regionalt råd och lokala samråd med ansvar för bl.a. SIP (KSL & SLL 2008, 2011, 2017).

Tidigare studier visar att en väl uppbyggd struktur är viktig för effektiv samverkan, men att det ändå kan vara svårt att få samverkan att fungera på ett sätt som gagnar individuella brukare (Matscheck & Axelsson 2012; Matscheck & Fleetwood 2013; Ekendahl & Karlsson 2013; Skogens, von Greiff & Paunia 2013). Olika modeller för samverkan kan representeras i en skala som går från enkla former av informationsutbyte till komplexa former av finansiell samordning (Andersson, Axelsson, Bihari Axelsson, Eriksson & Åhgren 2011). Modeller som benämns "case coordination", flerpartsmöten och multidisciplinära team ligger i mitten på denna skala. När det gäller individuella planer, visar internationella studier att brukardeltagande ofta kommer i skymundan (Bee, Price, Baker & Lovell 2015; Langhammar et al. 2015).

Denna rapport undersöker hur SIP tillämpas för personer med missbruk och/eller psykisk ohälsa i fyra kommuner i nordöstra Stockholm. Studien ingår som del i ett forskningsprojekt om SIP och samverkan i samarbete med Institutionen för socialt arbete på Stockholms universitet. En första studie om samverkan och SIP har genomförts i samarbete med FoU Nordväst och har publicerats i tidskriften Nordic Social

Work Research under titeln ”The Coordinated Individual Plan – is this a solution for complex organizations to handle complex needs?” (Matscheck, Piuva, Eriksson & Åberg 2018). Resultaten i denna studie visade att användning av SIP var ojämn samt att motiveringarna för SIP var oklara och målen oftast otydliga och/eller kortsiktiga.

I denna studie har SIP-dokument och annan individdokumentation hos socialtjänsten undersökts. Totalt har 34 akter undersökts, där SIP har upprättats för vuxna personer med missbruk och/eller psykisk ohälsa. Med reservation för att enheterna för socialpsykiatri i två av kommunerna inte har deltagit i studien, förefaller tillämpningen av SIP även i denna studie vara mycket ojämn, liksom deltagandet från olika myndigheter och vårdinstanser. Även uppföljning har varit ojämn. Däremot framkom att de personer som fick SIP hade komplexa behov som kräver samordning av insatser och samverkan mellan parterna, vilket visar att SIP, när den tillämpades, riktades mot de brukare som avses i lagstiftningen. Behoven rörde sig huvudsakligen om behandling av samtidig psykisk ohälsa och missbruk, fysiska problem samt behov av sysselsättning, boende och försörjning.

Komplexiteten i brukarnas problem motiverade samverkan i sig, men i övrigt var det ofta oklart varför man valde att upprätta en SIP. Avseende många av personerna som ingick i studien var det inte möjligt att genom aktläsning skilja mellan långsiktiga, övergripande problem och mer begränsade, kortsiktiga problem och mål. De flesta insatser var redan inledda eller planerade vid första mötestillfället, vilket tyder på att mötena i sak till stor del handlade om mindre justeringar eller tillägg i planeringen.

I likhet med författaren och kollegors tidigare studie (Matscheck et al. 2018), kan SIP utifrån dessa resultat karaktäriseras som en osystematisk form av flerpartsmöte, eller möjligen case coordination, som uppnår en måttlig grad av samverkan kring individuella brukare. Brukarnas roll i denna samverkansform dokumenterades på ett begränsat sätt och förefaller oklar.

Författaren rekommenderar att strukturen kring samverkan ses över på såväl regional nivå som kommunal nivå samt att tydligare modeller implementeras för tillämpning av SIP – t.ex. SIP-koordinator eller case management. Dokumentation av SIP bör även ta tydligare utgångspunkt i brukarens delaktighet och medverkan i sin egen vård.

Introduktion

Personer med komplexa vårdbehov på grund av psykisk ohälsa¹, ofta i kombination med missbruk, är en grupp som kräver stora resurser och står för betydande kostnader, inte minst för socialtjänsten. Samverkan såväl mellan olika verksamheter inom socialtjänsten som med landstingsverksamheter framhålls ofta som ett sätt att både förbättra resultat och minska kostnader. Därför har en rad olika statliga initiativ tagits för att stimulera till förbättrad samverkan sedan Psykiatrireformen 1995, och även innan dess.

2009 lagstiftades om två nya krav på samverkan. Dels ska kommuner och landstingspsykiatri upprätta lokala samverkansöverenskommelser, vilket sedan 2013 även gäller för kommuner och landstingens beroendevård, dels ska samordnade individuella planer (SIP) upprättas för enskilda personer (SFS 2009:981, SFS 2009:979, SFS 2013:302, SFS 2013:303). Samtidigt förespråkas samverkan i nation-ella riktlinjer avseende de berörda grupperna, som ett led i evidensbaserad praktik (EBP) (Socialstyrelsen 2007, 2011, 2015 och 2017). I Stockholms län har kommunförbundet StorSthlm och Stockholms läns landsting (SLL) svarat på lagstiftningens krav och uppmaningarna till samverkan i de nationella riktlinjerna genom en gemensam policy som fastställer en övergripande samverkansstruktur med ett regionalt råd och lokala samråd (KSL & SLL 2008, 2011, 2017).

En SIP ska göras när den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ”om kommunen eller landstinget bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas”. Personer med samtidig psykisk ohälsa och missbruk nämns särskilt. Om möjligt ska SIP upprättas tillsammans med den enskilde och enligt propositionen som förberedde lagstiftningen (Prop. 2008/09:193) är en del av syftet att öka individens delaktighet och medverkan i sin egen vård och omsorg, och det framhålls att den enskilde har rätt att ta initiativ till att en SIP upprättas.

1. Benämningen av personer med psykisk ohälsa varierar i olika dokument och sammanhang, dels beroende på att socialtjänsten och hälso- och sjukvården använder olika terminologier, dels på att olika uttryck och begrepp har skapats och använts under olika tidsperioder. De vanligaste begreppen är psykisk sjukdom, psykisk störning, psykiskt funktionshinder, psykisk funktionsnedsättning och psykisk ohälsa. I denna rapport används generellt det breda begreppet ”psykisk ohälsa” som inbegriper samtliga dessa olika uttryck. Även andra begrepp finns dock angivna vid referering till olika lagar, överenskommelser eller liknande där andra begrepp än ”psykisk ohälsa” har använts.

Tidigare studier visar att en väl uppbyggd struktur är viktig för effektiv samverkan, men att det ändå kan vara svårt att få samverkan att fungera på ett sätt som gagnar individuella brukare (Matscheck & Axelsson 2012; Matscheck & Fleetwood 2013; Ekendahl & Karlsson 2013; Skogens, von Greiff & Paunia 2013). Även internationella studier, från t.ex. Storbritannien och Norge, visar att brukardelaktighet ofta kommer i skymundan i individuella planer som på många sätt liknar SIP (Bee, Price, Baker & Lovell 2015; Langhammar et al. 2015).

Denna rapport undersöker hur SIP tillämpas i fyra kommuner i nordöstra Stockholm. Studien ingår som del i ett forskningsprojekt om SIP och samverkan i samarbete med Institutionen för socialt arbete på Stockholms universitet. En första studie om samverkan och SIP har genomförts i samarbete med FoU Nordväst och har publicerats i tidskriften *Nordic Social Work Research* under titeln ”The Coordinated Individual Plan – is this a solution for complex organizations to handle complex needs?” (Matscheck, Piuva, Eriksson & Åberg 2018).

Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie är att undersöka samverkan i individärenden, såsom det uttrycks i samordnade individuella planer (SIP-dokument) och annan dokumentation i socialtjänstens akter gällande den aktuella målgruppen. Studien har utgått ifrån följande frågeställningar:

- Vilka personer fick SIP?
- Hur var de samordnade planerna utformade?
- Hur motiverades samverkan kring individerna i målgrupperna, dvs. varför samverka?
- Vilken typ och grad av samverkan uppnåddes, såsom kan utläsas av SIP-dokumentationen och annan aktdokumentation?
- Hur aktiva var brukarna i SIP, enligt aktdokumentationen?

Studiens ansats är explorativ i syfte att åstadkomma en fördjupad förståelse för vilken roll SIP har i samverkan.

Bakgrund

SEKTORISERING, FRAGMENTERING OCH BEHOVET AV SAMVERKAN

Behovet av samverkan gällande insatser för personer med psykisk ohälsa och missbruk eller beroende har under de senaste åren diskuterats alltmer intensivt. Individer med sådana problem behöver hjälp inom en rad områden parallellt – t.ex. psykosociala stödinsatser, missbruksbehandling, psykiatrisk behandling, specialiserad medicinsk behandling, boende, personlig ekonomi och arbetsrelaterad rehabilitering. För personer med samtidiga problem i båda områden – vilket benämns “komplexa behov”, “dubbeldiagnos” eller “samsjuklighet” – kan samverkan vara särskilt viktig. En översikt av internationell forskning visar att så många som 50 % av personer med psykisk ohälsa har samtidigt problem med missbruk samt att det finns samband mellan dubbeldiagnos och bl.a. förekomst av återfall, sjukhusvistelser, kriminalitet och hemlöshet (Drake et al. 2001, Öjehagen 2011). Forskning betonar särskilt vikten av att sociala och medicinska insatser integreras (Mueser & Gingerich 2013). Men i stället möts dessa personer av olika sektorer och system för stöd och behandling och resultatet blir ofta fragmenterade insatser och vård. Dessa personer kan bli exkluderade från service i det ena systemet och tillsagda att återkomma när det andra problemet är avhjälpt (Horsfall et al. 2009).

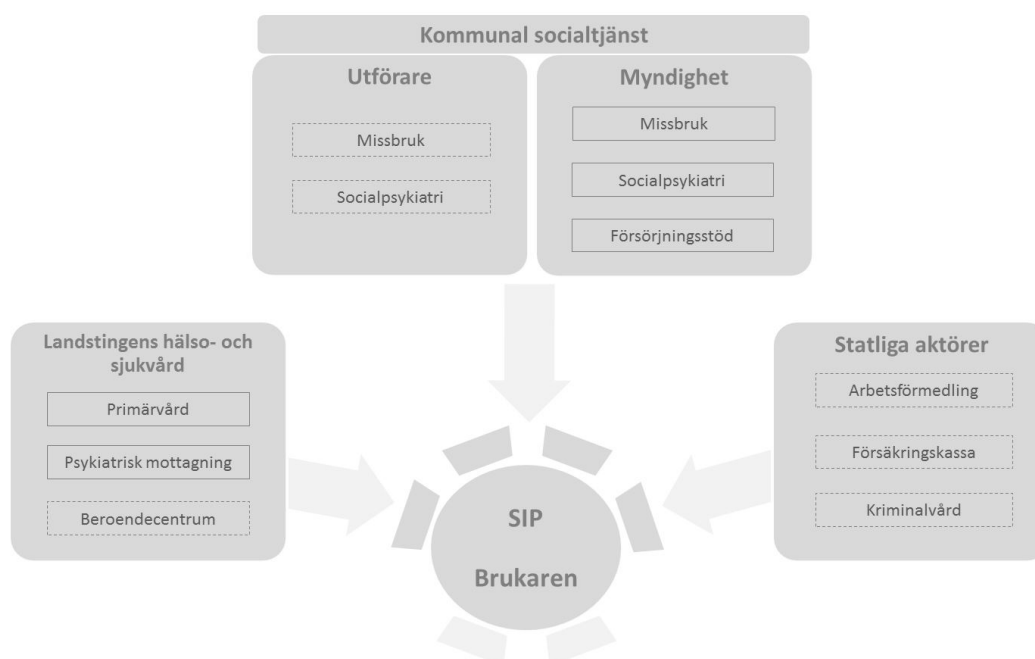
Axelsson och Bihari Axelsson (2006) framhåller att fragmentering är en konsekvens av hur den moderna välfärdsstaten har utvecklats, då specialisering i professioner har lett till en uppdelning i sektorer och organisationer. Dessa sektorer har olika former av ledning och politisk förankring. Uppdelningen leder lätt till svårforcerade gränser mellan organisationer, inte minst på den enskilde brukarens nivå (Sullivan & Skelcher 2002, Miller & Ahmed 2006). Effekten blir ofta att ju mer komplexa individens problem är, desto svårare är det att få samordnad hjälp och desto mindre beaktas individens totala situation ur ett helhetsperspektiv.

I Sverige är sektorsindelningen tydlig. Den kommunala sektorn ansvarar för socialt stöd och service genom socialtjänsten. Landstingen ansvarar i sin tur för hälso- och sjukvård, medan statliga myndigheter ansvarar för socialförsäkring genom Försäkringskassan, för arbete genom Arbetsförmedlingen, samt för kriminalvård (Melke 2010). Indelningen leder lätt till en stuprorseffekt, såväl mellan sektorer som mellan organisationer inom respektive sektor.

Förutom sektorsindelningen finns idag i de flesta kommuner och landsting en principiell uppdelning mellan beställare och utförare av insatser, enligt principer som hör till New Public Management (NPM). NPM syftar till att öka effektiviteten i den offentliga sektorn genom att använda olika organisatoriska och administrativa tekniker som stämmer från näringslivet (Hood 1991; Johansson, Dellgran & Höjer 2015). Inom socialtjänsten har principen beställare–utförare genomförts genom att på den enskilde brukarens nivå separera myndighetsfunktioner för utredning och beslut från utförandet av insatser (Perlinski 2010). Uppdelningen mellan myndighet och utförare ökar antalet aktörer kring enskilda personer. Samtidigt underlättar denna organisationsform konkurrensut-sättning av utförarverksamheter i en form av marknadsiering (Sällnäs & Wiklund 2018, Erlandsson et al. 2013). Sedan 2008 får kommuner tillämpa en form av valfrihet för brukare enligt Lagen om valfrihetssystem, där individen som beviljats en insats får välja bland godkända leverantörer (LOV, SFS 2008:962). En del kommuner tillämpar ett sådant system för t.ex. boendestöd eller daglig sysselsättning inom utförarverksamhet för socialpsykiatri (Andersson, Eklund, Sandlund & Markström 2015). Uppdelningen mellan beställare och utförare, ibland i kombination med valfrihetssystem, ökar antalet aktörer kring enskilda brukare och bidrar ytterligare till fragmentering. Inom hälso- och sjukvården tillämpas uppdelningen medan beställare och utförare på ett annat sätt, då en central beställarenhet inom landstinget beställer hela verksamheter, vilka antingen kan vara drivna inom landstinget eller privata, genom avtal. På en övergripande nivå innebär även detta system fler aktörer, medan enskilda patienter endast träffar utförare.

Figur 1 visar ett exempel på hur hjälp och stöd till personer med psykisk ohälsa och missbruk/beroende kan se ut i Sverige, där ett stort antal aktörer tillhörande kommunens socialtjänst, landstingspsykiatri och beroendevård, kriminalvård, Arbetsförmedling och Försäkringskassa har ansvar för olika frågor kring den enskilde brukaren, ibland med osäker eller överlappande ansvarsfördelning.

Figur 1. Sektorer och organisationer med ansvar för vuxna personer med psykisk ohälsa och missbruk i Sverige. (Matscheck, Piuva, Åberg & Eriksson 2018)



Initiativ till att främja samverkan

En möjlighet att motverka fragmentering och stuprörseffekter som uppstår genom sektorisering och specialisering är samverkan (Axelsson & Bihari Axelsson 2006, 2007 och 2013, Danermark & Kullberg 1999). I Sverige har frågan om samverkan uppmärksamats på statlig nivå sedan många år, bl.a. kring vuxna med komplexa behov, och olika initiativ har tagits. Flera sådana initiativ uppkom efter 1995 års psykiatrireform, vilken fastställde den nu gällande ansvarsfördelningen mellan landsting och kommun, där landstingens hälso- och sjukvård ansvarar för alla insatser som definieras som psykia-trisk (medicinsk) "behandling", medan kommunernas socialtjänst ansvarar för sociala stödinsatser. I Psykiatriutredningen, som föregick reformen, konstaterades att för att denna ansvarsfördelning skulle få lyckade resultat för brukarna, skulle samverkan krävas mellan huvudmännen (SOU 1992:73). Där-för fördelades under åren 1996–1998 statliga medel till 110 lokala projekt i syfte att främja samverkan mellan kommuner, landsting och andra aktörer, framför allt Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen (Socialstyrelsen 2001). Under åren 2005–2006 fördelades ytterligare medel för arbetet med perso-ner med psykisk ohälsa, bl.a. till samverkansprojekt (Socialstyrelsen 2007). Trots dessa satsningar, konstaterades i en stor uppföljning av psykiatrireformen att samverkan mellan huvudmännen inte fungerade (SOU 2006:100).

Inom missbruk och beroende råder i Sverige en annan ansvarsfördelning än inom socialpsykiatrin, där socialtjänsten har fått större ansvar för delar av vård och behandling. Ett historiskt fokus på bakomliggande samhälleliga orsaker till missbruk har lett till att psykosociala behandlingsmetoder vuxit fram inom socialtjänstens ansvarsområde. Kommunerna hade tidigare även en del av det medicinska ansvaret, vilket nu generellt överlämnats till landstingen, men i övrigt har kommunernas ansvar för vård och psykosocial behandling bestått (Oscarsson 2011). Denna uppdelning ifrågasattes av Missbruksutredningen (SOU 2011:35), men utredningens förslag om ändring till en ansvarsfördelning mer lik den som finns inom psykisk ohälsa/psykisk funktionsnedsättning vann inte gehör.

Ytterligare initiativ har tagits för att stimulera till samverkan i samband med de nationella riktlinjer som har publicerats under senare år genom Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer finns för vård och stöd vid missbruk och beroende (Socialstyrelsen 2007 och 2015) och för psykosociala insatser vid "schizofreni och schizofreniliknande tillstånd" (psykisk ohälsa /psykisk funktionsnedsättning) (Socialstyrelsen 2011, 2017²). De nationella riktlinjerna syftar i första hand till att främja användning av evidensbaserad praktik (EBP). Riktlinjerna rekommenderar metoder där det finns evidens för effekt eller som på annat sätt bedöms ha tillräckligt stöd samt innehåller formuleringar om nödvändigheten av samordnad behandling och samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst för att många av dessa metoder ska kunna implementeras och användas effektivt. Riktlinjerna från 2011, 2015 och 2017 rekommenderar med hög prioritet metoderna

2. En ny version av de nationella riktlinjerna kring psykosociala insatser avseende psykisk ohälsa har publicerats i remissversion.

”case management” och ”ACT-team”³ för personer med komplexa behov eller samsjuklighet. Dessa metoder syftar till att öka samverkan mellan professioner och organisationer och har starkt stöd i framför allt internationell forskning. En statlig uppföljning har dock visat att sektoriseringen i Sverige ställer hinder i vägen och att lösningar behövs på nationell nivå för att de ska kunna implementeras fullt ut (Markström, Beijerholm, Svensson & Bergmark 2015).

Lagstiftningen om SIP och lokala samverkansöverenskommelser är således det senaste i en rad försök att från statens håll stimulera kommunerna och landstingen till bättre samverkan. Samordnade individuella planer (SIP) regleras enligt 2 kap 7 § SoL och 3 f § HSL⁴. En SIP ska göras när den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ”om kommunen eller landstinget bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas”. ”När det är möjligt” ska planen upprättas ”tillsammans med den enskilde”. Av planen ska framgå 1) vilka insatser som behövs, 2) vilka insatser respektive huvudman ska svara för, 3) vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller landstinget, och 4) vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen (SFS 2009:981, SFS 2009:979).

I regeringens proposition (Prop. 2008/09:193) finns formuleringar om syftet med SIP. SIP ska 1) öka individens delaktighet och medverkan i sin vård och omsorg, 2) säkra att individen ska få den hjälp som hon/han har rätt till, 3) tydliggöra ansvarsfördelningen mellan olika huvudmän och förbättra den sammanhållande processen, och 4) förbättra kvalitet på service. Brukaren ska delta aktivt i processen.

3. ”ACT” står för ”Assertive Community Treatment”, en teambaserad modell som utvecklades i USA under 1970-talet (Björkman 2000).

4. 16 kap 4 § HSL 2017:30 i den senaste uppdatering av hälso- och sjukvårdslagen.

Samverkan och SIP i Stockholms län

I Stockholms län har en gemensam policy om samverkan kring vuxna med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning och missbruk/beroende utarbetats av Kommunförbundet i Stockholms län (KSL)⁵ i samarbete med Stockholms läns landsting. Den första versionen av policyn antogs 1998 och omfattade både missbruk/beroende och psykisk sjukdom/funktionsnedsättning (KSL & SLL 1998). Tio år senare antogs en ny gemensam policy för att förebygga och behandla missbruk och beroende (KSL & SLL 2008). Den senare versionen av policyn utökades tre år senare till att omfatta psykisk sjukdom/funktionsnedsättning (KSL & SLL 2011). En ny uppdaterad version av överenskommelsen antogs 2016 (KSL & SLL 2016). De enskilda kommunerna i länet har var för sig anslutit sig till den gemensamma överenskommelsen.

Det viktigaste resultatet av den första versionen av den gemensamma policyn (1998) var att det startades ett antal integrerade mottagningar för landstingets beroendevård och den kommunala missbruksvården (Matscheck & Fleetwood 2013). Den andra versionen, från 2008 och 2011, etablerade en struktur enligt vilken ett regionalt samråd arbetar med övergripande samverkansfrågor för hela länet. Det regionala rådet består av ansvariga högre chefer från landstingets verksamheter för beroendevård och psykiatrisk vård samt ett urval av socialchefer från kommunerna i länet. Kommunerna och de lokala hälso- och sjukvårdsverksamheterna ska enligt denna struktur träffa lokala samverkansöverenskommelser om samråd och rutiner.⁶ Lagen om SIP hade ännu inte stiftats då den gemensamma policyn från 2008 träffades, men formuleringar om SIP avseende psykisk sjukdom/funktionsnedsättning finns i policyn från 2011.

Inom ramarna för regional samverkan har Kommunförbundet och landstinget även varit aktiva i att stödja SIP genom att publicera en vägledning (KSL & SLL 2014). Vägledningen rekommenderar att SIP-möten förbereds genom ett antal steg, där brukaren är aktiv och bl.a. anger vilka personer hon/han vill ska medverka. En två-dagars utbildning har också anordnats för medarbetare hos berörda enheter inom socialtjänsten, beroendevården och psykiatrin (Källmén & Elgán 2016).⁷

5. Kommunförbundet i Stockholms län heter idag StorSthlm (www.storstthlm.se).

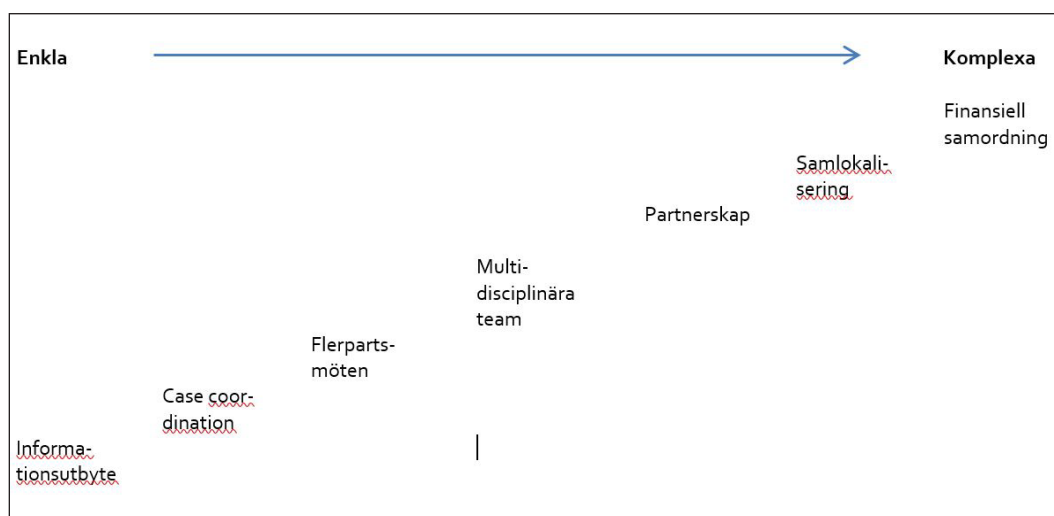
6. Det är denna regionala överenskommelse som har gällt under tiden för datainsamling till denna rapport. Den nya överenskommelsen från 2017 behåller samma struktur.

7. FoU Nordost medverkade med utbildare och föreläsare.

Teoretiska perspektiv

Andersson, Axelsson, Bihari Axelsson, Eriksson och Åhgren (2011) har skrivit en översikt över internationell forskning om samverkan inom arbetslivsinriktad rehabilitering som även har relevans för samverkan inom andra områden. Sammanställningen omfattar, förutom de nordiska länderna, studier från Storbritannien, Kanada, USA, Australien och Nederländerna. Andersson och kollegor har hittat sju olika huvudmodeller för samverkan som listas från den enklaste till den mest komplexa enligt följande skala: Informationsutbyte; case coordination, vilket är samordning av insatser gentemot en enskild person; flerpartsmöten (interagency meetings), där flera parter träffas mer eller mindre regelbundet för att gemensamt utreda, planera och genomföra olika insatser; multidisciplinära team, som är en intensiv form av samverkan där tidigare nämnda ACT-team är ett exempel och innebär att representanter för olika professioner och organisationer kontinuerligt arbetar tillsammans; partnerskap, som bygger på en formell överenskommelse om utbyte av information eller gemensamma aktiviteter; samlokalisering, som syftar till att skapa goda förutsättningar för samverkan genom att placera personal i samma lokaler eller byggnader, samt finansiell samordning. Den sistnämnda är en svensk modell och det har i Sverige bildats ett stort antal samordningsförbund (SKL 2007). Denna samverkansform innebär att berörda organisationer slår samman finansiella resurser i en gemensam budget för gemensamma insatser. (Figur 2)

Figur 2. Modeller för samverkan. (Andersson et al. 2011)



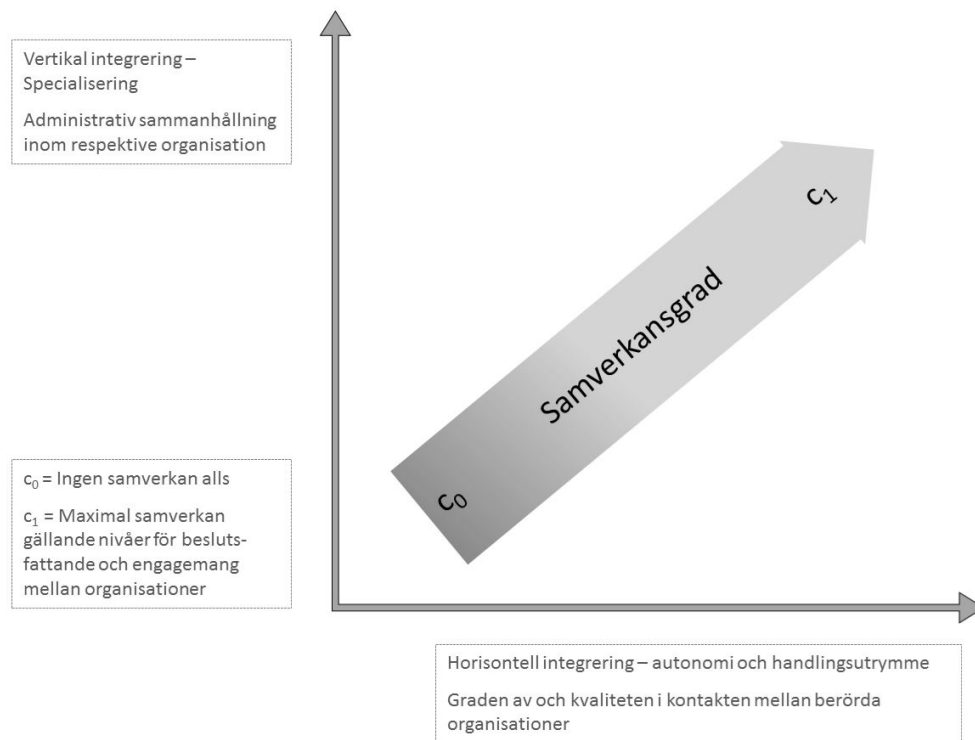
Andersson och kollegors (2011) översikt innehåller även en genomgång av hinder och framgångsfaktorer för samverkan, där de flesta framgångsfaktorer kan ses som åtgärder för motsvarande hinder. Andra forskare, t.ex. Danermark och Kullberg (1999), hittade liknande hinder och framgångsfaktorer för samverkan. Några av dessa är: Bristande kommunikation, som kan motarbetas genom dialog. Tillit kan rivas ner genom bristande förtroende eller omsorgsfullt byggas upp. Motsatsen till territorialitet och revirtänkande är gemensamma grunder. Formella regler kan utgöra hinder, men kan motverkas genom rutiner. Engagemang kan vara avgörande och kan skapas genom bra ledarskap. (Figur 3)

Figur 3. Framgångsfaktorer och hinder för samverkan.

Framgångsfaktorer för samverkan	Hinder för samverkan
Dialog	Bristande kommunikation
Tillit	Bristande förtroende
Gemensamma grunder	Territorialitet, revirtänkande
Rutiner	Formella regler
Ledarskap	Bristande engagemang

Axelsson och Bihari Axelsson (2006) har analyserat samverkan som en typ av organisatorisk integration, dvs. att två eller flera organisationer delvis går in i varandra. Utifrån denna utgångspunkt, har de gjort vad de kallar för "en konceptuell modell" för samverkan, byggd på en vertikal och en horisontell axel. Den vertikala axeln har att göra med respektive organisations hierarki, från organisationsledning till operativa nivåer. Specialisering av organisatoriska enheter sker längs denna axel. Kontakter dem emellan kan snarast definieras som "samordning" och handlar mer om parallella verksamheter och insatser än om integrerade aktiviteter. Kontakter längs den horisontella axeln handlar ofta om informellt samarbete på den operativa nivån, där respektive handläggare eller behandlares autonomi och handlingsutrymme är viktiga faktorer. Organisationsformer såsom multidisciplinära team skapas längst den horisontella axeln. Figur 4 visar en tolkning av Axelsson och Bihari Axelssons konceptuella modell.

Figur 4. Modell för analys av samverkansstrukturer. (Matscheck et al. 2018, adapterad från Axelsson & Bihari Axelsson 2006)



Samverkan kan även analyseras utifrån den nya institutionalismens begrepp ”domän-konsensus” och ”domänkonflikt”. Enligt denna teori har olika organisationer inom ett visst verksamhetsfält varsin domän (Grape 2006). När alla är överens om vad som omfattas av respektive domän råder domänkonsensus, men om olika organisationer gör anspråk på samma domän råder domänkonflikt.

Forskning om samverkan och SIP kring vuxna med komplexa behov

Samverkan är ett mycket stort forskningsfält, då samverkan kan ske mellan olika sorters organisationer eller professioner. Enligt Axelsson och Bihari Axelsson (2007) kan man tala om intersektoriell samverkan, som sker mellan olika samhällsaktörer i olika sektorer, och om interorganisatorisk samverkan om parterna tillhör samma sektor. Internationellt finns studier av intersektoriell och interorganisatorisk samverkan i olika former och med olika inriktningar (se t.ex. Miller & Ahmad 2000, Huxham & Vangen 2005). Samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård i Sverige är intersektoriell. De studier som finns om samverkan inom detta område ger en kluven bild av fenomenet. Samverkan uppfattas som nödvändigt samtidigt som hindren är stora. Det finns dock forskning som visar indikationer på att lokal samverkan kan vara framgångsrik och främja den enskildes ställning om det finns en övergripande organisationsstruktur och en genomtänkt strategi.

I Sverige har Runo Axelsson och Susanna Bihari Axelsson sammanställt två antologier som förutom teoretiska kapitel även redovisar samverkanssatsningar i ett brett spektrum av områden som i vid bemärkelse hör till folkhälsa (Axelsson & Bihari Axelsson 2007, 2013). Av dessa är några särskilt intressanta för målgruppen och lagstiftningen som studeras i denna rapport. I ett kapitel av Lindberg och Wikström (2013) analyseras problem som kan uppstå i vård och insatser för personer med missbruk/beroende när samverkan implementeras som tidsbegränsade projekt. Två andra kapitel, Fleetwood och Matscheck (2007) och Matscheck och Fleetwood (2013), kommenteras nedan.

I annan svensk forskning har Bergmark och Lundström (2005) undersökt samverkan mellan socialtjänstens individ- och familjeomsorg och olika andra aktörer – som barn- och ungdomspsykiatri, polisen, beroendevården m.fl. – och funnit att samverkan är mer vanlig på barn- och ungdomsenheter och på försörjningsstöd än inom missbruk. I en rapport från FoU Södertörn har Åsa Bringlöv (2016) visat hur fragmentering orsakar problem och sämre vård och stöd för ”mångbesökare”, det vill säga personer med långvarigt missbruk och beroende.

Internationell forskning om samverkan inom fält som berör denna rapports målgrupp, vuxna personer med psykisk ohälsa/funktionsnedsättning och/eller missbruk/beroende, har oftast varit inriktad på integrerade modeller för stöd och behandling, framför allt case mana-

gement och multidisciplinära team. Flera forskningsöversikter har hittat studier (Drake et al. 2001; Burns et al. 2001; Horsfall, Cleary, Hunt & Walter 2009, Mueser & Gingerich 2013) som visar att integrerade modeller, t.ex. ACT-team, kan göra behandling mer effektiv. Det är dessa och liknande översikter som rekommendationerna i Socialstyrelsens riktlinjer från 2007, 2011 och 2015 bygger på. De studier som åsyftas är ofta randomiserade studier (s.k. RCT-studier) som jämför en grupp personer som har fått stöd genom ett ACT-team med grupper som har fått andra typer av stöd, oftast sedvanlig vård ("standard care" eller "treatment as usual") för att kunna mäta huruvida metoden har effekt (eng. efficacy).

Författarna känner inte till några RCT-studier om case management och multidisciplinära team som har gjorts i Sverige. Däremot finns en doktorsavhandling om case management och flera utvärderingar av olika verksamheter. Björkman (2000) har i sin avhandling undersökt en case management verksamhet och hittat positiva resultat samt god brukartillfredsställelse. FoU Nordväst har publicerat en utvärdering av en case managementverksamhet som drevs i samverkan mellan en kommuns socialtjänst, landstingets beroendevård och landstingspsykiatri, där case managers har varit anställda hos respektive part och där verksamheten har haft en gemensam styrgrupp. Rapporten visade bl.a. på förbättrad psykisk hälsa och minskat missbruk (Åberg & Piuva 2009). En liknande utvärdering (Piuva & Lobos 2011) hittade positiva resultat för brukarna, men ett visst motstånd mot arbetssättet hos berörda verksamheter.

När det gäller ACT-team, hör det till konceptet att professionella med olika kompetenser arbetar tillsammans. FoU Södertörn har publicerat en utvärdering av en ACT-verksamhet där en socionom, en boendestödjare, en sjuksköterska och en mentalskötare arbetade i team (Fredriksson 2007). Utvärderingen fokuserade inte på arbetets resultat, utan snarare på arbetsprocesserna. Bland annat hade modellen inte kunnat implementeras i alla sina delar, delvis beroende på att parterna tillhörde olika sektorer (landstingets hälso- och sjukvård respektive kommunens socialtjänst) och delvis på att vissa resurser inte fanns att tillgå. Markström och kollegors (2015) utvärdering, som hänvisats till ovan, gjordes på uppdrag av Socialstyrelsen och riktade in sig på implementeringen av ett ACT-team som fått statligt bidrag. I denna studie hittades också svårigheter att implementera modellen helt i enlighet med den modell som testats internationellt, även i detta fall till stor del på grund av sektorsindelningen. Magnus Bergmark har sin avhandling (2017) arbetat vidare med frågan om ACT-team. Han konstaterar att sektoriseringen i Sverige skapar stora barriärer för denna typ av team, eftersom det krävs särskilda avtalslösningar för t.ex. organisatoriska, lednings- och ekonomiska frågor. Han menar dock att en långsiktig hållbar implementering av ACT-team ändå är möjlig om ett tillräckligt stort arbete görs för att förankra verksamheten längs de vertikala och horisontella leden (se Figur 2) och om det nödvändiga engagemanget består över tid.

Andra svenska studier har undersökt samverkan kring målgrupperna i mer övergripande former. En rapport från FoU Nordost, författad av Lisa Skogens, Ninive von Greiff och Marianne Paunia (2013), redovisar fokusgrupper där brukare och professionella fick diskutera samverkan utifrån fiktiva fall, s.k. vinjetter. Resultaten visar att parterna hade olika förväntningar på varandra. Författarna framhåller vikten av att hålla igång diskussionerna mellan parterna efter projektets slut samt betydelsen av ekonomiska förutsättningar.

Matscheck & Axelsson (2012) undersökte samverkan mellan socialtjänsten i en kommun och den psykiatriska mottagningen belägen i samma kommun. Verksamheter som arbetade med missbruk/beroende inom respektive sektor berördes också, då många personer har båda typer av problem. En samverkansstruktur hade byggts för kontakter mellan chefer och medarbetare på varje organisatorisk nivå inom socialtjänsten och landstingspsykiatrin. Kontakterna skedde i mötesformer som fungerade som fora eller "arenor" för kontakt mellan parterna och där mer eller mindre intensiva processer kunde äga rum. Dessa processer handlade om direktkontakt och dialog för att bygga tillit. Där framkom vikten av att de professionella har informella kontakter, vilket underlättas om kontakten redan byggts upp inom de formella "arenorna".

FORSKNING OM SAMVERKANSÖVERENSKOMMELSER OCH INDIVIDUELLA PLANER

Studier om samverkansöverenskommelser

Samverkan formaliseras ofta i avtal, vilket enligt Andersson och kollegors (2011) skala hör till modellen "partnerskap". Fleetwood och Matscheck (2007) har granskat en övergripande samverkansöverenskommelse kring barn med särskilda behov (BUS) som träffades av Stockholms läns landsting och kommunerna i Stockholms län 2001⁸. I denna studie granskades även flera lokala överenskommelser som träffades i kommunerna som var medlemmar i Kommunförbundet Stockholms län (KSL). Fleetwood och Matscheck (2007) framhåller att BUS-avtalet utgjorde ett försök att öka formaliseringen av samverkan. En teoretisk analys enligt Axelsson och Bihari Axelssons (2006) konceptuella modell visade att avtalet innehöll stora inslag av samordning, där ett brett spektrum av ansvarsområden kring barnen beskrevs och myndigheternas olika insatser adderades till varandra. Överenskommelsen var organiserad uppifrån, vilket förstärkte den vertikala integrationen. Men samtidigt hade avtalet som mål att samordnade individuella planer (som ännu inte var obligatoriska enligt lag) skulle göras kring enskilda barn. Detta förutsatte en hög grad av horisontell integration med samarbete mellan enskilda medarbetare. Fleetwood och Matscheck (2007) framhöll att strukturen hade byggts uppifrån ("top-down") samt att det egentligen inte stod så mycket i avtalet om samverkan, framför allt inte om samverkansprocesser. Författarna ställde frågan om medarbetarna i de olika professionerna och organisationerna skulle lyckas genomföra det horisontella samarbetet som i kombination med den vertikala strukturen skulle krävas för att uppnå en hög grad av samverkan. För detta, skulle behövas att något som författarna kallade för "samverkanskompetens" skulle utvecklas i organisationerna.

Matscheck och Fleetwood (2013) undersökte den gemensamma policyn från 2008 kring missbruk och beroende i Stockholms län. Denna överenskommelse föreföll

8. En senare version av avtalet, från 2012, gäller tills vidare. Den senare versionen har behållit samma grundstruktur som den ursprungliga överenskommelsen (SLL & KSL 2012).

ha haft BUS-avtalet som förebild och strukturen var mycket likartad⁹. Även i denna studie pekar författarna på den stora komplexiteten, med många inblandade aktörer. Därför fann de att överenskommelsen innehöll aspekter av samtliga samverkansmodeller som Andersson och kollegor (2011) har räknat upp (se ovan). Matscheck och Fleetwood (2013) skriver vidare att den gemensamma policyn utgjorde ett försök till att bygga en övergripande struktur och framhåller att denna struktur skulle kunna användas för att bygga upp kontaktarenor mellan parterna. Men författarna ställer återigen frågan om tillräcklig vikt lagts på själva samarbetet på medarbetarnivå och processerna som samverkan innebär. I stället tog andra frågor, om evidensbaserad praktik (EBP) och andra typer av kvalitetsutveckling, stor plats i överenskommelsen. Författarna undrar därför om samverkan når ända ner till den individuella brukarnivån, dvs. till nivån där SIP ska verka.

Studier om individuella planer

Det finns en del internationell forskning om individuella planer. Flera av dessa inriktar sig på den enskildes ställning. I det sammanhanget är, inom området psykisk funktionsnedsättning, begreppet ”återhämtning” (eng. recovery) relevant. Återhämtning syftar på individens möjligheter att hitta tillbaka till ett socialt liv frånsett hennes eller hans medicinska tillstånd (Topor 2004). Inom forskning med denna inriktning finns belägg för att brukarens möjligheter att påverka de insatser och den behandling som hon/han får har betydelse för insatsernas effekt. Detta då de främjar individens ”empowerment” och ”self-efficacy”, vilka är viktiga delar i återhämtningsprocessen (Tew et al. 2012).

En internationell forskningsöversikt (Bee, Price, Baker & Lovell 2015) fokuserar på brukardelaktighet i planering av insatser inom psykiatrin. Författarnas slutsats är att planerna oftast inriktar sig mot den formella planeringen, medan brukardelaktighet kräver större hänsyn till sammanhang och relationer mellan professionella och brukare.

Det finns flera studier av den norska varianten av SIP, som infördes år 2001 och som kallas för ”individuell plan”. Enligt Hansen (2007) syftar den individuella planen till att förtydliga gemensamma mål när flera aktörer är inblandade. Samtidigt analyserar Hansen den individuella planen som en anpassning till New Public Management (NPM), som lett till ett ökat antal aktörer kring varje individ. Langhammar och kollegor (2015) har funnit att NPM huvudsakligen lett till att individer med färre och enklare problem fått individuella planer, dvs. de personer kring vilka det torde finnas minst behov av samordnade insatser. Langhammar och kollegor fann även att individuella planer kan öka den enskildes delaktighet, men samtidigt att planen i stället kan försvaga den enskildes ställning om de professionella experterna negligerar dennes önskemål till förmån för egna bedömningar.

Som framgår av refererat ovan om BUS-avtalet, började idén om samordnade individuella planer i Sverige innan lagstiftningen om SIP. Tidigare gjordes olika lokala

9. Dessa strukturer har behållits i den senaste versionen av överenskommelsen (KSL & SLL 2017).

försök att etablera rutiner för liknande typer av planer. Piuva, Blom och Sandström (2008) utvärderade ett sådant projekt och kom fram till att samverkan mellan parterna egentligen grundats tidigare, vilket betydde att tidigare sätt att hantera gemensam planering kring individer hade ersatts av det nya projektet. Det nya projektet föreföll ha intensifierat samverkan och fått alla aktörer involverade på ett annat sätt än tidigare.

Det finns några studier som fokuserar specifikt på SIP. Nordström (2016) gjorde en kvalitativ intervjustudie om SIP kring ungdomar och fann att SIP kan vara ett stöd till familjer i samordning av insatser. En regional utvärdering om hur SIP använts kring både barn och unga och vuxna (Winquist 2016) fann att såväl professionella som brukare var positiva till SIP. Men de fann också att implementeringen var ojämn och att det fanns en osäkerhet kring huruvida SIP egentligen skulle vara en plan eller snarare en process. Källmén and Elgán (2016), som utvärderat utbildningsinsatsen om SIP i Stockholms län och som refererades ovan, fann också ojämn användning av SIP. Bergmark, Germundsson, Lundström och Stranz (2017) har studerat samverkan mellan socialtjänstens individ- och familjeomsorg – vilket omfattar både barn och ungdomar, missbruk samt försörjningsstöd. De har använt organisationsteoretiska begrepp från den nya institutionalismen och kallar SIP för en form av ”tvingande samverkan” – dvs. samverkansformer som enligt lagstiftning eller på annat sätt är obligatoriska. De konstaterar att sådana former av samverkan är viktiga även om användningen ändå verkar ojämn när det gäller SIP.

Svensk forskning om brukarinflytande är ofta inriktad på verksamhetsnivå, t.ex. former för brukarrepresentation i lokala samverkansråd (se t.ex. Mossberg 2015). Det är svårare att hitta svensk forskning som belyser den enskilde brukarens ställning i samverkan. Ett exempel är dock en lokal studie på en beroendemottagning i Stockholm (Ekendahl & Karlsson 2013), som visar att brukarna sällan förstår vilken myndighet eller verksamhet som är ansvarig för de olika insatserna. Nordström (2016), som refererades ovan, intervjuade ungdomar och föräldrar om sina erfarenheter av SIP.

Matscheck, Piuva, Eriksson och Åberg (2018) har studerat SIP och dess betydelse för samverkan kring vuxna med psykisk ohälsa och/eller missbruk i en annan del av Stockholms län, än studien som redovisas i denna rapport. Studien hade med avsikt ett mycket likartat upplägg som denna rapports studie, då de två studierna planerades parallellt. Lokala överenskommelser och ett urval av akter som innehöll SIP och som hörde till samma målgrupp granskades i sex kommuner. Resultaten visade att SIP tillämpades, som avsett, på personer med svåra och komplex behov. Användningen var dock ojämn bland såväl kommuner som bland landstingsverksamheter och andra aktörer. Det fanns sällan någon uttrycklig motivering till varför man gjorde en SIP och målen var oftast ottydliga och/eller kortsiktiga. SIP föreföll huvudsakligen användas för att dokumentera kortsiktig planering av insatser, snarare än för långsiktig helhetsplanering. Författarna kategoriserade SIP enligt Andersson och kollegors (2011) skala som en osystematisk form av flerpartsmöten. En analys utifrån den anpassade versionen av Axelsson och Bihari Axelssons konceptuella modell som visas i Figur 4 indikerade en låg till måttlig nivå av samverkan. Mycket lite dokumentation som visade på brukardelaktighet fanns, utöver formellt samtycke till SIP och närvaro vid möten.

Sammanhang och förutsättningar – de deltagande kommunerna i studien samt deras samverkans- partners i landstinget

Fyra kommuner, som alla hör till FoU Nordosts område, har deltagit i denna studie. I samtliga fyra kommuner granskades akter i myndighetsavdelningen för handläggning av missbruk. I två av kommunerna granskades även akter tillhörande handläggning av socialpsykiatri. Kommunerna hade likheter, men även skillnader som resulterade i delvis olika förutsättningar.

Samverkanspartners för målgrupperna i SIP är huvudsakligen beroendevården och psykiatrin, men även primärvården. Även här fanns skillnader som gav delvis olika förutsättningar för samverkan.

ÖSTERÅKER

Österåker är en skärgårdskommun som idag har cirka 43 000 invånare. De flesta bor i ett centralt område i eller kring staden Åkersberga, men många bor i lantliga delar av kommunen eller på skärgårdsöar. Socialtjänsten var uppdelad i två nämnder, en socialnämnd och en vård- och omsorgsnämnd. Viktigast för denna studie är dock att socialförvaltningen var gemensam för de två nämnderna.

Både myndighetsenheten för missbruk och enheten som handlägger socialpsykiatri har deltagit i studien. Missbruksenheten var samlokaliserad med landstingets beroendevård, vilket innebär att handläggande socialsekreterare satt i samma korridor som läkare och sjuksköterskor, vilket underlättar för gemensamma möten med brukare. Dessutom hade beroendevården i denna enhet en case manager som arbetade med samordning av insatser. Socialtjänstens utförarverksamhet, som utför stöd och behandlingsinsatser för missbruk, drevs i egen regi och i en annan lokal. Insatsen HVB/behandlingshem köptes in från privata leverantörer.

Handläggning av socialpsykiatri skedde i enheten för funktionsnedsättning, där insatser för andra typer av funktionsnedsättning (bl.a. utvecklingsstörning och autistspektrumstörning) också handlades, oftast enligt lagen om stöd och service (LSS). Socialpsykiatriens insatser beviljades dock oftast enligt socialtjänstlagen (SoL). Enheten lydde under vård- och omsorgsnämnden. Socialpsykiatriens utförarverksamheter avseende boendestöd och sysselsättning drevs i egen regi och hade andra lokaler. En gemensam enhet för socialpsykiatri och övriga funktionsnedsättningar (under namnet ILSA – Individens Livkunskap Samhälle Arbetsliv) erbjöd Supported Employment¹⁰, också detta i egen regi och i en annan lokal. Bland utförarverksamheter fanns även stödboenden för personer som inte kunde bo i eget boende.

Den öppna psykiatrimottagningen i Åkersberga bedrevs av Prima Vuxenpsykiatri, som under undersökningsperioden hade entreprenadavtal med Stockholms läns landsting.

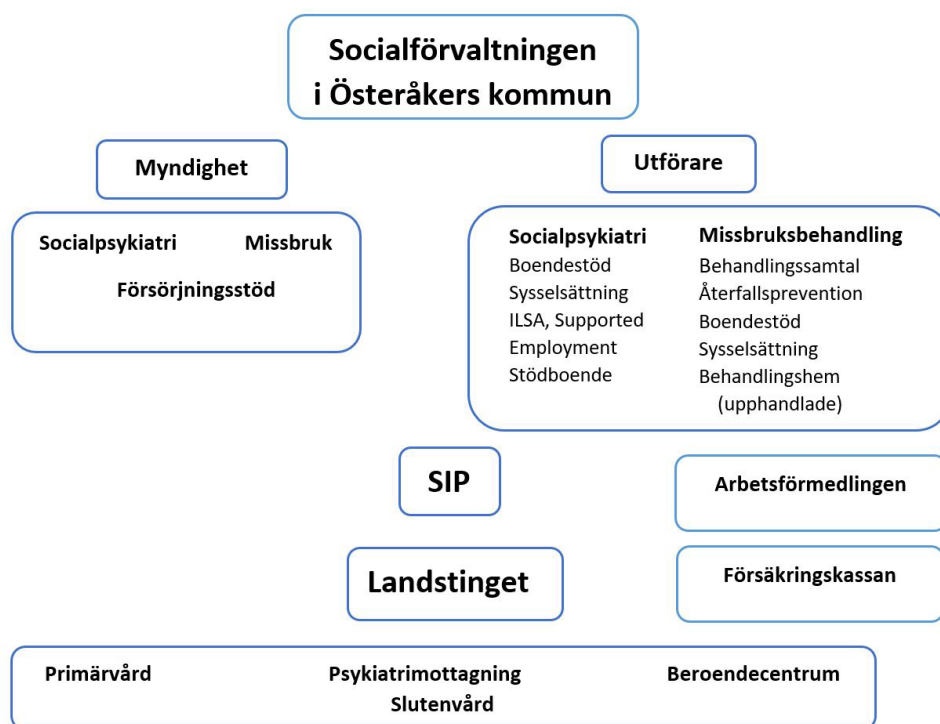
Varje vecka hölls generella ”samverkansmöten” mellan socialpsykiatrien, den psykiatriska mottagningen och beroendevården, då det fanns tillfälle att påtala behov av möten kring brukare där ändringar eller nya insatser behövde diskuteras, t.ex. genom en SIP eller uppföljning av en SIP.

Österåkers kommun har även ”personliga ombud” för personer med psykisk funktionsnedsättning. Personliga ombud (PO) arbetar på uppdrag av den enskilde, men verksamheten finansieras av kommunen, delvis med bidrag från svenska staten. Speciellt för Österåker är att PO använts av utförarverksamheter för att leda nätverksmöten kring personer som har beviljats bistånd. Dessa möten var dock inte kopplade till SIP.¹¹ Det förekom att PO följde med den enskilde till SIP-möten, men i denna studie har detta skett i mycket begränsad utsträckning (se nedan under ”Resultat”).

10. För mer information och en analys av verksamheten Supported Employment se FoU-rapport nr. 29/2018 (Matscheck 2018).

11. En liknande modell tillämpas av PO i kommunerna Nacka–Värmdö (Bringlöf & Bons 2018). Inte heller i dessa kommuner är nämnda nätverksmöten kopplade till SIP.

Figur 5. Aktörer i Österåker som berörs av SIP



VAXHOLM

Vaxholms stad är en skärgårdskommun med drygt 11 000 invånare, ett 70-tal öar och cirka en miljon turistbesök om året. Socialnämnden hade en samlad socialförvaltning, med en socialsekreterare för missbruk och en för socialpsykiatri. Dessa två handläggare arbetade nära varandra och delade ett arbetsrum. Socialtjänsten hade en egen utförarverksamhet för boendestöd, som hade en annan lokal, men övriga insatser köptes in från privata leverantörer av behandling och stöd.

Landstinget hade inga specialistmottagningar för beroendevård eller psykiatri i Vaxholm. Samverkan skedde därför med vuxenpsykiatri i Åkersberga och med landstingets Beroendecentrummottagning som även servade invånarna i Täby och Danderyd.

TÄBY

Täby kommun är i jämförelse med de andra kommunerna i studien ganska tätbefolkad, med cirka 70 000 invånare. Socialtjänsten hade en gemensam socialnämnd och socialförvaltning. Socialförvaltningen var organiserad på ett i grunden liknande sätt som i Österåker, även om uppdelningen mellan myndighet och utförare gjordes inom olika avdelningar. Missbruk, såväl myndighet som utförarverksamhet, hörde till avdelningen för individ- och familjeomsorg. Handläggare och utförare av missbruksbehandling hade lokaler i samma hus, där även

landstingets beroendevård hade sin mottagning. Andra utförarverksamheter, för sysselsättning och en öppen verksamhet, hade andra lokaler. Stödboende fanns i egna hus.

Handläggning av socialpsykiatri och funktionsnedsättning (huvudsakligen enligt LSS) gjordes jämsides i en gemensam enhet i andra lokaler än missbruk. Socialpsykiatri i Täby valde att inte delta i studien. Den psykiatriska mottagningen, som under datainsamlingsperioden bedrevs genom entreprenadavtal av Prima Vuxenpsykiatri, låg i huset bredvid enheten för funktionsnedsättning.

NORRTÄLJE

Norrtälje kommun har cirka 60 000 invånare. Kommunen är mycket stor geografiskt, och sträcker sig över en tredjedel av Stockholms län. En stor del av befolkningen bor i eller i närheten av staden Norrtälje, som är belägen i kommunens södra del, men många bor också i mindre orter, på öar och i lantliga områden.

Myndighetsavdelningen och utförarverksamheterna för missbruk hörde till socialnämndens individ- och familjeomsorg. Handläggning och utförarverksamhet för socialpsykiatri, samt även LSS och äldreomsorg hörde, enligt en speciell organisationsform, till en gemensam nämnd och förvaltning tillsammans med landstingets vårdverksamheter. Detta kallas för "Norrtäljemodellen" och leds av Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje, som driver vårdbolaget Tiohundra.

Norrtälje hade sedan 2006 haft en särskild verksamhet för samverkan kring personer med psykisk ohälsa/funktionsnedsättning och missbruk/beroende. Verksamheten hette "Kommun, Psykiatri och Missbruk i samverkan" (KPM). Enligt de rutiner och material som författarna har tagit del av, bygger KPM-modellen på att arbeta i team kring personen. KPM skiljer sig från t.ex. ACT-team på det sättet att det inte finns något bestående team, utan ett särskilt team byggs runt varje individ, utifrån vilka professionella som är mest lämpade att ha kontakt med just den individen. KPM organiserades genom tre besluts- och arbetsnivåer där verksamhetschefen inom Tiohundra och socialchefen ansvarade för avtal och resursfördelning, medan en ledningsgrupp träffades en gång i månaden för fördelning av ärenden som inkom på remiss, samt för uppföljning (se även Wirbing och Borg 2011).

Myndighetsenheten för missbruk har deltagit i denna studie, men inte socialpsykiatrien.

REGIONALA OCH LOKALA SAMVERKANSÖVERENSKOMMELSER

Samtliga fyra kommuner i studien hade undertecknat den regionala samverkansöverenskommelsen mellan Kommunförbundet i Stockholms län (StorSthlm) och Stockholms läns landsting (KSL & SLL 2008, 2014, 2016). De lokala överenskommelserna var formulerade på likartade sätt och omfattade syfte eller mål för samverkan, beskrivningar över respektive parts ansvarsområde samt formuleringar som styrde utformningen av lokala samråd och arbetsgrupper eller arbetsutskott som rapporterade till samråden.¹²

12. Vaxholm stad hade i huvudsak samma samverkanspartners som närliggande Danderyds kommun och de två kommunerna hade därför en gemensam överenskommelse.

Syftena och målen med samverkan formulerades olika, men handlade alla, på olika sätt, om gemensam planering och om individens delaktighet. I tre av överenskommelserna var genomgången av ansvarsområdena ganska detaljerad och tog därför mycket plats. Den fjärde överenskommelsen, Norrtäljes, var mindre omfattande, på fyra sidor – medan Vaxholms var 13 sidor lång.

De lokala samråden bestod enligt överenskommelserna av representanter för socialtjänsten, beroendevården, psykiatrin, primärvården samt frivården. Vid vissa möten deltog även andra parter som t.ex. Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Representanter i de lokala samråden var normalt andra linjens chefer, dvs. enhets- eller verksamhetschefer. Överenskommelserna innehåller också formuleringar som hänvisar till särskilda rutiner, inklusive SIP.

Metod

Forskningsprojektet har genomförts som en aktstudie. Den första frågeställningen, om hur de individuella planerna var utformade, besvaras genom en beskrivning av de mallar och blanketter som har använts. Studiens andra frågeställning, om vilka personer som har fått samordnade individuella planer, dess tredje frågeställning avseende hur samverkan har motiverats, samt dess fjärde frågeställning, om vilken typ och grad av samverkan som har uppnåtts, besvaras genom kvantitativa beräkningar av insamlade data från aktdokumentationen. De teoretiska analyserna har baserats på Andersson och kollegors (2011) skala för samverkansmodeller (Figur 1) samt den adapterade konceptuella modellen i Figur 2, som utgår ifrån Axelsson och Bihari Axelsson (2006).

METODÖVERVÄGANDEN

Vilka effekter samverkan har är svårutvärderade, beroende på svårigheten att tillräckligt avgränsa de variabler som påverkar utfallet och att ordna en noga definierad jämförelsegrupp (Axelsson & Bihari Axelsson 2013). Studier om samverkan försöker därför sällan att mäta effekterna på individnivå, utan nöjer sig med att visa processer och resultat enligt andra mått. För detta används oftast intervjuer och/eller enkäter som empiriskt underlag. Studier av samverkan som bygger på dokumentation från enskilda akter är betydligt mindre vanliga.

Inte heller aktstudiedesign ger möjlighet att mäta effekterna av samverkan för enskilda individer, men har andra viktiga fördelar. Att granska dokumentationen kan vara ett sätt att komma nära de händelser som studeras, eftersom akterna är en produkt av det sammanhang där de har producerats och därför har en nära koppling till verkligheten (Merriam 1988).

Aktdokumentation kan värderas enligt Scotts (1990) kriterier för skriftliga källor: Tillförlitlighet (eng. authenticity), trovärdighet (credibility), representativitet (representativeness) och mening/betydelse (meaning). Tillförlitligheten i socialtjänstakter är i regel hög, eftersom dokumentationen är diarieförd och finns i original eller verifierad kopia. Representativiteten är också hög, då akterna i huvudsak är likformade och innehåller samma typer av dokument. En värdering enligt Scotts övriga två kriterier visar dock samtidigt aktdokumentationens stora begränsning. Socialtjänstakter är

anpassade till en administrativ handläggningsprocess och dess mening handlar därför om att skapa underlag till beslut som ska fattas eller följas upp. Därför dokumenterar handläggaren det som han eller hon bedömer vara viktigt för det specifika syftet, vilket innebär att andra aspekter av skeendena inte dokumenteras. Eftersom perspektivet är socialtjänstens, är dokumentationen inte heller helt trovärdig som en källa för bedömning av andra perspektiv, t.ex. den enskilde brukarens (Billquist & Johansson 2007, Sundell & Egelund 2001). Sammantaget har dock aktdokumentation den för forskaren viktiga fördelen av att vara en stabil datakälla (Scott 1990). Tillförlitligheten är hög även för SIP, då dokumentet bevaras i akterna.

Socialtjänstens dokumentation omfattar material – som t.ex. utredningsunderlag till enskilda beslut, beslut om insatser, planer för genomförande av insatser och journalanteckningar – som tillsammans kan utgöra intressanta data för att studera de sociala aspekterna av individernas behov och ge information om möten mellan olika samverkanspartners. Även uppgifter från andra aktörer bevaras i underlaget, t.ex. medicinska utredningar om missbruk/beroende eller psykiatriska tillstånd. Genom att analysera denna dokumentation kan studien belysa aspekter av hur samverkan gestaltar sig kring enskilda brukare. Resultaten kan även användas som underlag inför kommande intervju- eller enkätstudier.

I denna studie förefaller representativiteten för de SIP som studerats också vara hög, eftersom de flesta använt samma formulär (landstingets ”Take Care” SIP-formulär, se nedan). Men SIP är å andra sidan en speciell typ av dokument, som syftar till att förena socialtjänstens perspektiv med hälso- och sjukvårdens och även brukarens perspektiv, vilket kommer att diskuteras i samband med analys och diskussion av studiens resultat.

DATAINSAMLING, URVAL OCH BEARBETNING

Akterna lästes vid personliga besök på socialkontoren i de fyra kommunerna. Samtliga akter granskades av rapportens författare. Noteringar skedde i ett granskningsprotokoll och en kodnyckel som utvecklats i samband med författaren och kollegors tidigare aktstudie om SIP (Matscheck et al. 2018). De beräkningar som utgör grunden för den kvantitativa delen av studiens resultatredovisning gjordes med hjälp av statistikprogrammet Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

Samtliga parter som deltar i SIP är skyldiga att bevara ett exemplar av planen i sin individdokumentation. Därför ska socialtjänsten ha ett exemplar av varje SIP i respektive individakt. Ambitionen har varit att genomföra en totalundersökning av samtliga SIP som de berörda enheterna har deltagit i under undersökningsperioden. Samtliga akter som innehåller minst en SIP som upprättats under perioden 1 januari 2014 – 30 september 2016 har således undersökts. I urvalet har inkluderats även andra planer som uppfyller lagens krav för SIP – vårdplanering vid utskrivning från slutenvård eller annan vårdplanering samt Norrtäljes modell KPM. Urvalet har utifrån dessa kriterier blivit väldigt ojämnt mellan kommunerna, vilket redovisas och diskuteras nedan i avsnitten för resultat och analys.

I samtliga akter som undersöktes bedömdes lagens fyra krav för SIP vara uppfyllda: 1) vilka insatser som behövdes, 2) vilka insatser respektive huvudman skulle svara för, 3) vilka åtgärder som skulle vidtas av någon annan än kommunen eller landstinget, och 4) vem av huvudmännen som skulle ha det övergripande ansvaret för planen. Studiens frågeställningar gäller således andra aspekter av de individuella planerna. Erfarenheten från den tidigare studien (Matscheck et al. 2018) var att uppgifterna i själva planerna inte innehåller tillräcklig information för att kunna svara på samtliga studiens fråge-ställningar och underfrågor. Detta visade sig också vara fallet i denna studie. Det var nödvändigt att studera hela akten, inklusive tidigare utredningar och beslut, uppdrag till utförare av insatser, journalanteckningar och korrespondens.

För att få en bild över vilka personer som får SIP sammanställdes följande data: ålder, kön, civilstånd, huruvida personen var född i Sverige, fysisk hälsa, eventuell psykisk ohälsa, eventuella missbruksproblem, sysselsättning, boende, andra eventuella sociala problem samt vilka tidigare insatser eller hjälp som personen hade fått. Denna typ av bakgrundsinformation i synnerhet kunde ofta hittas i annan dokumentation än SIP. SIP-uppföljningar var också ibland dokumenterade endast i journalanteckningar.

Granskningsprotokollet utgick ifrån studiens första, tredje, fjärde och femte frågeställning, enligt följande underfrågor:

Vilka personer fick SIP?

- Vad hade personerna för bakgrund när det gäller kön, ålder m.m.?
- Vilka problem hade dessa personer?

Hur motiverades samverkan?

- Hur motiverades SIP i respektive akt?
- Vilka åtgärder och insatser kom parterna överens om?

Vilken typ och grad av samverkan uppnåddes?

- Vem tog initiativ till SIP?
- Vilka organisationer (socialtjänstenheter och verksamheter, hälso- och sjukvårdsverksamheter samt andra myndigheter eller parter) deltog i SIP och vilka representerade dem?
- Hur ofta gjordes uppföljningar av SIP?

Hur aktiva var brukarna i SIP?

- Huruvida brukaren: har bett om SIP, deltagit i SIP-planering, närvarat vid SIP-mötet, önskat särskild insats, samtyckt till planerade insatser, yttrat sig på SIP-mötet, fått insats planerad enligt önskan, deltagit i planering av utförarens uppdrag till insats.

Studiens andra frågeställning, om hur de individuella planerna var utformade, besvaras genom en beskrivning av mallen som användes i nästan samtliga SIP i akterna.

ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Akterna har, som redovisats ovan, lästs på respektive socialkontor och lämnats tillbaka när granskningen var klar. Varje akt fick en kod som inte kunde härledas till den enskilde. För att respektive akt skulle kunna identifieras för uppföljning har en kodlista bevarats inlåst och inte varit tillgänglig för obehöriga. Uppgifterna redovisas och analyseras endast i aggregerad form.

Projektet som denna studie ingår i godkändes av etikprövningsnämnden i juni 2015. I enlighet med det krav som ställts av nämnden har ett brev varit tillgängligt för aktuella brukare med information om att deras akter kunde komma att läsas och vem de kunde kontakta om de hade frågor. Brukarna har dock inte behövt lämna ett aktivt samtycke.

Resultat

URVALET – INDIVIDUELLA PLANER I KOMMUNERNA OCH VERKSAMHETERNA

Det totala urvalet i studien blev 34 akter. I 6 akter upprättades den första gemensamma planen 2014, i 21 akter under 2015 och i de övriga 7 under 2016. 29 av akterna hade SIP och de övriga 5 hade andra typer av individuella planer som mötte lagens krav för SIP. 3 var vårdplaneringar och 2 var gjorda enligt Norrtäljes KPM-modell. I denna text kallas samtliga för ”SIP”, om inte vårdplanering eller KPM specifikt avses.

Antalet akter som svarade mot studiens urvalskriterier varierade stort mellan de fyra kommunerna och de respektive enheterna. Österåker hade 25 akter totalt, medan de övriga tre kommunerna alla hade 3. 19 av totalt 34 akter gällde missbruk. Eftersom socialpsykiatri i Täby och Norrtälje inte deltog i studien, och eftersom Vaxholm inte hade några akter från socialpsykiatri, kom samtliga 15 akter rörande socialpsykiatri från Österåker. (Tabell 1)

Tabell 1. Akter per kommun och verksamhet

Akter re:	Socialpsykiatri	Missbruk	Totalt
Österåker	15	10	25
Vaxholm	0	3	3
Täby	Deltog ej	3	3
Norrtälje	Deltog ej	3	3
Totalt	15	19	34

I de flesta akter fanns det två eller flera planer, då nya planer ofta upprättades i samband med uppföljning (se nedan). Uppgifterna som redovisas i följande avsnitt stämmer antingen med första plan eller första plan i jämförelse med andra plan (eller uppföljningsmöte), om inte annat specificeras.

13. Inklusive personer som skrivits in i verksamheten innan datainsamlingsperioden (2014 resp. 2015).

VILKA PERSONER FICK SIP?

Vad hade personerna för bakgrund?

Det var såväl många kvinnor som män som hade fått SIP och dessa var alla vuxna personer i olika åldrar. Majoriteten var ensamstående utan barn. 85 % var födda i Sverige. (Tabell 2)

Tabell 2. Beskrivande faktorer rörande kön, ålder, familjeförhållanden samt boende (%)

Akter re:	Socialpsykiatri (n = 15)	Missbruk (n = 19)	Totalt (n = 34)
Kön			
Kvinnor	73	47	59
Män	27	53	41
Ålder (födelseår)			
1940 – 1959	13	20	18
1960 – 1979	40	37	38
1980 – 1997	46	42	44
Familjeförhållanden			
Ensamstående	80	74	76
Gift/partner	20	26	23
Barn			
Har ej barn	67	58	62
Hemmaboende egna barn	13	5	9
Har barn, ej hemmaboende	7	16	12
Vuxna barn	13	21	18
Född i Sverige			
Ja	73	95	85
Nej	20	5	12
Framgår ej	7	0	3

Vilka problem hade dessa personer?

5 av de 15 akterna från socialpsykiatri rörde personer som även hade problem med missbruk och 14 av de 19 akterna från missbruksenheterna rörde personer som även hade olika typer av psykisk ohälsa. Detta innebär att över hälften (56 %) av den totala

gruppen hade psykisk ohälsa och missbruksproblem samtidigt. Nästan hälften hade även fysiska problem av olika slag (sjukdomar, skador eller andra tillstånd). Sociala problem såsom kriminalitet eller prostitution var särskilt vanliga bland personer som var aktuella inom missbruksenheterna. (Tabell 3)

Tabell 3. Andel med psykisk ohälsa, missbruks-, respektive fysiska problem (%)

Akter re:	Socialpsykiatri (n=15)	Missbruk (n=19)	Totalt (n=34)
Psykisk ohälsa	100	74	85
Missbruk	33	100	71
Samtidig psykisk ohälsa och missbruk	–	–	56
Fysiska problem	53	42	47
Sociala problem (t.ex. kriminalitet eller prostitution)	13	47	32

De vanligaste typerna av psykisk ohälsa i studien var bipolär sjukdom eller depression. Annan psykisk ohälsa var bl.a. psykosrelaterade diagnoser, autismspektrumtillstånd, ADHD och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Cirka hälften av personerna med psykisk ohälsa hade två eller flera typer av problem eller diagnoser. (Bilaga 1)

Bland personer med missbruk hade ungefär sex av tio alkoholproblem och ungefär lika många hade narkotikaproblem. En tredjedel missbrukade läkemedel. Fem personer hade alkohol- och narkotikamissbruk samtidigt och de flesta som hade narkotikamissbruk använde två eller fler typer av narkotika. (Bilaga 2)

Av den totala gruppen hade 39 % ett ordinärt boende utan stöd. 12 % (fyra personer) hade boendestöd i ordinärt boende och 36 % hade boendeformer som ordnades av socialtjänsten – socialt kontrakt eller träningslägenhet, boende med särskild service eller HVB-hem. Övriga saknade stadigt boende och en person bodde hos sina föräldrar. (Tabell 4)

Nästan hälften (47 %) saknade helt sysselsättning. 15 % (fem personer) hade arbete och 9 % (tre personer) var pensionerade. Övriga hade sysselsättningsformer ordnade av socialtjänsten. 70 % försörjde sig antingen genom försörjningsstöd eller genom ersättning från Försäkringskassan. (Tabell 4)

Cirka en tredjedel hade grundskola som högsta utbildning och ungefär lika många saknade helt arbets-livserfarenhet. (Bilaga 3)

Tabell 4. Boende, sysselsättning och försörjning (%)

Akter re:	Socialpsykiatri (n = 15)	Missbruk (n = 19)	Totalt (n = 34)
Boende			
Ordinärt boende	27	47	39
Ordinärt boende med boendestöd	27	0	12
Boende med särskild service (äldre eller funktionsnedsättning)	7	5	6
Träningsboende, socialt kontrakt	20	21	21
HVB eller särskilt boende	13	5	9
Saknar stadigvarande boende	0	20	12
Hos föräldrar eller släkt	7	0	3
Sysselsättning			
Ingen sysselsättning	40	53	47
Arbete (heltid)	7	21	15
Sjukskriven från arbete	7	16	12
Kommunal sysselsättningsverksamhet	27	0	21
HVB	13	0	6
Pension (sjuk- eller ålderspension)	7	10	9
Försörjning			
Sjukersättning, aktivitetsersättning, sjukpenning	53	21	35
Försörjningsstöd	27	42	35
Arbete	7	16	12
Ålderspension	0	21	9
Genom anhöriga	13	0	6

41 % av personerna hade varit aktuella i respektive enhet i fyra år eller längre, 18 % (sex personer) mellan ett och tre år, och 41 % i mindre än ett år.

HUR VAR PLANERNA UTFORMADE?

I 26 akter användes landstingets standardformulär ”Take Care” för SIP vid första mötestillfället och i en akt användes en äldre version av samma formulär. De övriga

två SIP var dokumenterade endast i journalanteckningar, liksom vårdplaneringarna och KPM-planerna.

SIP-formuläret "Take Care" har tre sidor, med rutor för kontaktuppgifter till ansvariga inom den psykiatriska heldygnsvården, den psykiatriska öppenvården, beroendevården, primärvården respektive kommunen på första sidan (Bilaga 4 – Take Care SIP-formulär). Längst ner finns rutor för datum för planen, om planen är en uppföljning av en tidigare plan, samordningsansvarig för planen samt en ruta där brukaren kan kryssa för ett godkännande av att "överföring av information mellan kommun och landsting äger rum".

På formulärets andra sida finns rutor för "medverkande på mötet", "problemformulering" och "mål". I de studerade akterna skrevs problemformuleringen antingen generellt, t.ex. "beroendeproblematik och psykisk ohälsa, arbetsträning", eller som en lista, t.ex. "emotionellt instabil, personlighetsstörning, bipolär sjukdom, impulsivitet, ångest, missbruk av alkohol och droger". Exempel på mål kunde vara "att sköta ett drogfritt liv och bli ekonomiskt självförsörjande". Vissa formuleringar var allmänt hållna och kunde inte riktigt beskrivas som mål, t.ex. "nykterhet, neuropsykiatrisk utredning".

Sedan följer rutor för kommunen, psykiatrin respektive beroendevården, likadant utformade med plats för "behov av insatser", "beslutade insatser" samt "ansvarig enhet/mottagning". Eftersom SIP-mötet i sig inte är ett beslutandeforum, var det ofta oklart huruvida insatserna faktiskt var beslutade eller bara planerade, eller om de snarare hörde till rutan "behov av insatser". Många av insatserna var redan på-gående när mötet hölls (se nedan).

Tredje sidan fortsätter med rutor för "behovet av insatser från andra aktörer" och vad "patienten själv ansvarar för", "övrigt" samt "datum för uppföljning", vilken dock, i denna studie, inte alltid var ifylld. Längst ner finns plats för underskrifter från de medverkande, inklusive brukaren (här benämnd "patienten", eftersom formuläret är utformat inom hälso- och sjukvården). Vissa SIP var skrivna för hand, förmodligen för att kunna få underskrifter på plats i stället för att posta runt planen efteråt. Några hade bevarats i kopia som saknade underskrifter.

Det finns ingen särskild ruta för motiveringen till varför en SIP upprättats för denna person eller varför den upprättades just vid den aktuella tidpunkten.

Samma blankett användes för en ny SIP som för en uppföljning, och rutan som skulle kryssas i för att visa att det gällde uppföljning var ofta inte ifylld. Ofta var det oklart vilket som avsågs. Men även om det var tydligt att det gällde en uppföljning, så skrevs många gånger inte någonting som dokumenterade om de insatser som i tidigare SIP noterats som behövliga hade genomförts, eller vilka resultat eller effekter dessa bedömdes ha lett till för personen. "Uppföljningarna" enligt blanketten var således egentligen inte uppföljningar, utan snarare nya SIP för samma person, även om de redovisas som uppföljningar nedan.

I en del akter dokumenterades uppföljningar endast i journalanteckningarna. Dessa kunde, i sin löpande fritextform, vara lättare att förstå som uppföljningar än de ifyllda rutorna i blanketten, eftersom det oftast stod någon form av kommentarer kring huruvida insatserna hade genomförts och hur de hade ansetts fungera – uppgifter som oftast saknades i SIP-formuläret. Uppgifterna kunde dock inte följas systematiskt, varken inom ramarna för den aktuella akten eller på någon aggregerad nivå.

HUR MOTIVERADES SAMVERKAN?

Hur motiverades SIP i respektive akt?

Då det i Take Care-formuläret saknades en ruta för en motivering till varför en SIP hade gjorts fanns i de flesta SIP följaktligen ingen uttrycklig motivering, men i de flesta akter stod det något i journalanteckningarna som kunde motivera en SIP. I själva SIP finns det dock en ruta för problemformulering, vilket i de flesta planer utformades som en lista över behov.¹⁴ Målen kopplades sedan till de specifika behoven. (Tabell 5)

Tabell 5. Motivering och problemformulering för SIP, tillfälle 1 (samtliga akter) (% , n=34)

Motivering till SIP	Antal akter (%)
Motivering finns i planen	15
Motivering finns eller kan förstås genom journalanteckningar	71
Vårdplanering	9
Framgår ej	6
Hur formuleras problemet?	
Särskild formulering	6
Lista över behov	21
Lista över behov samt mål för respektive behov	50
Saknas	23

För de flesta personer hade insatser redan inletts innan det första SIP-mötet. Tabell 6 visar att något fler personer fick insatser från socialtjänstens socialpsykiatri- och missbruksenheter efter det första SIP-mötet samt att något fler fick insatser från landstingets beroendevård. Dessa förändringar är dock inte statistiskt säkerställda. Andra kontakter med socialtjänsten, liksom kontakter med psykiatrin, var oförändrade.

¹⁴. De behov som listades i SIP var inte nödvändigtvis samma som redovisades i det tidigare avsnittet om brukarnas problem. I det avsnittet noterades i stället de problem som på olika sätt var dokumenterade i akten som helhet.

Tabell 6. Kontakt innan resp. efter första SIP-mötet
(%, n = 34)

	Kontakt innan SIP 1	Kontakt efter SIP 1
Socialtjänst		
Socialpsykiatri	44	56
Missbruk	41	53
Landsting		
Psykiatri	50	50
Beroendevård	38	53
Primärvård	12	6

Inga signifikanta skillnader.

I övrigt noterades redan inledda kontakter med kriminalvården (tre personer, alla med missbruk), Arbetsförmedlingen eller samordningsförbundet som två av kommunerna var anslutna till (tre personer) samt färdtjänsten (tre personer). Inga kontakter hade dokumenterats med ideella organisationer.

Vilka åtgärder och insatser kom parterna överens om?

Tabell 7 visar vilka typer av problem som togs upp i SIP samt vilka typer av problem man kom överens om att planera insatser för. Psykisk ohälsa och missbruksproblem var vanligast och för en majoritet av dessa problem planerades insatser enligt SIP.¹⁵ Sysselsättning och boende noterades som problem i cirka hälften av planerna och för de flesta av dessa planerades insatser. Insatser avseende fysiska problem planerades endast för två personer, trots att det noterades olika typer av fysiska problem för fjorton personer (42 %). Även när det gäller försörjning planerades mycket få insatser i SIP, trots att försörjning angavs som ett problem för cirka en tredjedel av personerna. Bara i en SIP noterades Fritid som ett problem och i fem SIP påtalades andra typer av problem.

¹⁵ Enligt Take Care-formuläret listas insatser som "beslutade". Eftersom SIP inte är ett beslutande forum hänvisas i stället i denna rapport till "planerade insatser" (se ovan under "De individuella planerna").

Tabell 7. Behov som tas upp i SIP, insats enl. SIP (tilfälle 1, samtliga akter)
(%, $n = 34$)

	Behov/problem	Insats
Psykisk ohälsa	85	71
Missbruksproblem	73	62*
Sysselsättning	53	38
Boende	47	50
Fysiska problem	42	6***
Försörjning	32	6**
Fritid	3	3
Annat	15	6

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

I Take Care-formuläret fanns en ruta för behov av insatser från andra aktörer. I den första SIP i respektive akt noterades totalt 42 sådana behov. För 4 av behoven fanns redan pågående insatser hos den berörda aktören. För 16 av dessa behov (38 %) fick enligt SIP en professionell person i uppgift att kontakta den ansvariga aktören. Patienten själv skulle ansvara för 15 (36 %) av insatserna som behövdes från andra aktörer.

Insatser från socialtjänstens socialpsykiatri inkluderade boendestöd, sysselsättning, Supported Employment, kontaktperson och särskilt boende eller behandlingshem. En del ändringar noterades i den första SIP då 11 personer planerades få boendestöd (en statistiskt säkerställd ökning från 8 personer), och 7 personer skulle få sysselsättning (en icke-säkerställd ökning från 3 personer). (Bilaga 5). Insatser från socialtjänstens missbruksverksamheter inkluderade behandlingssamtal, återfallsprevention¹⁶, boendestöd, sysselsättning och behandlingshem/HVB-hem. Det var även något fler personer som skulle få behandlingssamtal, återfallsprevention och boendestöd, även om dessa förändringar inte var säkerställda. Fem personer hade behandlingshem som insats innan första SIP-mötet och två personer var planerade att få behandlingshem i fortsättningen. Flera SIP handlade om att samordna insatser i samband med hemflyttning från behandlingshem. (Bilaga 6)

För öppenvårdspsykiatrien planerades framför allt kontakt med läkare, sjuksköterska eller annan (t.ex. mentalsköterska) samt medicinering. För enstaka personer specificerades psykoterapi eller arbetsterapi. De flesta ändringar gällde justeringar i medicinering eller frekvensen av samtalskontakter, vilka oftast inte var specificerade i SIP och därför inte var möjliga att analysera. För en person gällde mötet vårdplanering efter avslutad slutenvård.

16. Återfallsprevention erbjuds ofta som en insats i form av gruppssamtal.

För beroendevården planerades kontakter med läkare och sjuksköterska samt medicinering och provtagning. En person hade pågående kontakt med psykolog och en person hade öppenvårdsbehandling genom sjukhus. Inte heller för beroendevården var planeringen dokumenterad på ett sätt så att eventuella ändringar i t.ex. medicinering eller samtal kunde analyseras.

När det gäller primärvården var deltaganden i SIP mycket få (se nedan) och insatserna gällde ett brett spektrum av fysiska problem.

VILKEN TYP OCH VILKEN GRAD AV SAMVERKAN UPPNÅDDES?

Vem tog initiativ till SIP?

Vilka som sammankallade till SIP-mötena har sammanställts för det första SIP-mötet i respektive akt. Mötena sammankallades i lika stor utsträckning av hälso- och sjukvårdens psykiatri eller beroendevård som av socialtjänstens socialpsykiatri- eller missbruksenhet (Tabell 8). I samtliga SIP-möten som socialtjänsten sammankallade var det en handläggande socialsekreterare eller en biståndshandläggare från en myndighetsavdelning som kallade till mötet – inga möten sammankallades av en socialtjänsts utförarenhet. Den som kallade till mötet blev även i regel utsedd till ”samordningsansvarig” för planen.

Tabell 8. Kallat till SIP
(%, n=34)

Akter re:	Socialpsykiatri (n = 15)	Missbruk (n = 19)	Totalt (n = 34)
Socialtjänst (kommun)			
Socialpsykiatri myndighet	33	0	15
Socialpsykiatri utförare	0	0	0
Missbruk myndighet	7	58	32
Missbruk utförare	0	5	3
Socialtjänst totalt	40	58	50
Hälso- och sjukvård			
Psykiatri öppenvård	27	0	12
Psykiatri slutenvård	20	0	9
Beroendevård	13	37	26
Landsting totalt	60	37	47
Ej specificerat*	0	5	3

*KPM, Norrtälje.

Mötena hölls hos enheten som sammankallat, med undantag för tre akter där SIP-mötena som sammankallats av socialpsykiatrien hölls i brukarens hem.

Vilka organisationer deltog i SIP och vilka representerade dessa?

Även deltagande i SIP har sammanställts för det första mötet i respektive akt. Socialtjänsten representerades alltid av en handläggare från myndigheten. I totalt sex möten deltog en handläggare från socialpsykiatri och en handläggare från missbruk i samma möte. Utförarverksamheter deltog i mindre utsträckning. Då var det framför allt boendestödare från socialpsykiatrien som deltog eller, när det gäller missbruk, en behandlare från en utförarenhet i öppenvården (Tabell 9). I tre möten deltog en boendestödare i samma möte som en handläggare från missbruk.

Andra socialtjänstenheter som representerades var försörjningsstöd (tre akter), LSS-vuxna myndighet (tre akter) och äldreomsorg myndighet (en akt).

*Tabell 9. Deltagit i SIP tillfälle 1, socialtjänst
(%, n=34*)*

Akter re:	Socialpsykiatri (n=15)	Missbruk (n=19)	Totalt (n=34)
Socialpsykiatri myndighet	100	26	59
Socialpsykiatri utförare**	47	10	26
Missbruk myndighet	7	100	59
Missbruk utförare***	0	74	40
Socialtjänst myndighet totalt	—	—	100
Socialtjänst utförare totalt	—	—	62
Socialpsykiatri myndighet och missbruksmyndighet i samma möte	—	—	17

**Summan uppgår till mer än 34 (100) då flera av dessa parter kan ha deltagit i samma möte.*

***boendestöd eller boendepersonal (ingen från t.ex. sysselsättning)*

****öppenvård, 1 HVB*

I socialpsykiatriakterna var psykiatrien alltid representerad i SIP och i alla missbruks-akter utom en var beroendevården representerad. I totalt tio (29 %) av de första SIP-mötena deltog både psykiatrien och beroendevården. Primärvården deltog bara i två av mötena. (Tabell 10)

*Tabell 10. Deltagit i SIP tillfälle 1, hälso- och sjukvård
(%, n=34)*

Akter re:	Socialpsykiatri (n=15)	Missbruk (n=19)	Totalt (n=34)*
Psykiatri öppenvård	80	37	56
Psykiatri slutenvård	20	0	9
Rättsspsykiatri	0	0	0
Beroendevård	27	95	65
Primärvård	7	5	6
Habilitering	0	0	0
Psykiatri öppenvård och beroendevård i samma möte	27	32	29

**Summan uppgår till mer än 34 (100) då flera av dessa parter kan ha deltagit i samma möte.*

I 58 % av SIP-mötena där psykiatrin deltog representerades den av en sjuksköterska och i 47 % av en läkare, ibland båda. Andra som representerade psykiatrin var case manager, mentalskötare, psykolog eller kurator, alla i enstaka möten. (Bilaga 7) I 57 % av SIP-mötena där beroendevården deltog representerades den av en sjuksköterska och i 14 % av en läkare. Andra som representerade beroendevården var case manager, psykolog, beroendeterapeut och arbetsterapeut. I tre av mötena deltog någon från en enhet för specialistberoendevård (t.ex. opiatbehandling). (Bilaga 8)

Andra organisationer deltog i SIP i mycket begränsad omfattning. Arbetsförmedlingen deltog i tre av de första mötena, Försäkringskassan i ett möte och kriminalvården inte alls. Ingen representant för en ideell organisation eller religiöst samfund deltog i något möte.

Hur ofta gjordes uppföljningar av SIP?

I 70 % av akterna där första SIP upprättades 2014 eller 2015 gjordes minst en uppföljning och i 14 % (fyra akter) gjordes fyra eller fler uppföljningar. (Tabell 11)

Tabell 11. Antalet uppföljningar inkl. nya SIP, första SIP 2014 eller 2015* (%)

Akter re:	Socialpsykiatri (n=11)	Missbruk (n=16)	Totalt (n=27)
Noll	27	31	30
En	36	19	26
Två	0	19	11
Tre	18	19	18
Fyra eller fler	18	12	14

*Akterna där första SIP upprättades 2016 har inte inkluderats eftersom datainsamlingsperioden kan ha varit för kort för att uppföljning skulle hinna göras.

60 % av de första uppföljningarna gjordes inom två månader och 80 % inom fyra månader. Den längsta perioden till uppföljning var tolv månader (tre akter). Vid 32 % av de första uppföljningarna och 58 % av de andra uppföljningarna gjordes en ny SIP.

Utifrån socialtjänstens aktdokumentation var det inte möjligt att samla säkra data om hur många av insatserna som planerades som faktiskt kom till stånd eller hur väl de fungerade för individen. För detta var uppgifterna om insatserna från hälso- och sjukvården och andra parter ofta för oprecisa och även uppgifterna om socialtjänstens insatser kunde ibland vara svåra att tolka. En grov beräkning visade dock att i 73 % av de första SIP var samtliga insatser som bestämdes i SIP antingen redan pågående eller hade påbörjats. I 15 % av akterna påbörjades enbart en del av insatserna.

HUR AKTIVA VAR BRUKARNA I SIP?

Även brukarnas deltagande har sammanställts för det första SIP-mötet i respektive akt. I alla akter utom en var brukaren närvarande vid det första mötestillfället. I en majoritet av SIP hade brukarens samtycke till de planerade insatserna dokumenterats, oftast genom en underskrift på planen – underskrifter saknades dock i en del av planerna. I Tabell 12 redovisas på vilket sätt brukaren har deltagit i SIP, enligt dokumentationen. I 38 % av akterna framgick att brukaren hade yttrat sig i första SIP-mötet och i 15 % (fem akter) framgick att brukaren önskat en särskild insats. I två akter framgick att brukaren bett om att få en SIP och i en av dessa akter dokumenterades att brukaren deltagit i planering av SIP-mötet.

*Tabell 12. Brukaren deltagit tillfälle 1
(%, n=34)*

Deltagande tillfälle 1	Ja	Nej	Framgår ej	Annat
Bett om SIP	6	18	76	0
Deltagit i SIP-planering	3	6	91	0
Närvarat vid mötet	97	3	0	0
Önskan om insats	15	3	82	0
Samtyckt till insatser*	9	0	88	3**
Yttrat sig i mötet	38	0	62	–
Insats enligt önskan	0	3	94	3**
Deltagit i utformning av uppdrag	0	0	97	3**

**Samtycke dokumenterades oftast genom en underskrift på planen.*

***Inga insatser planerades.*

Vid en del SIP deltog andra personer som hade i uppgift att stödja brukaren. I 29 % av första SIP-mötena deltog en närstående, i 12 % (fyra akter) deltog en god man och i en akt deltog ett personligt ombud.

Sammanfattande analys

De individuella planer som studerades var SIP eller andra planer som uppfyllde lagstiftningens krav för SIP. Således betecknades 29 av de 34 planerna som "SIP", tre som "vårdplanering" och två hade upprättats enligt Norrtäljes "KPM"-modell. Urvalet är mycket skevt eftersom en majoritet av akterna, och avseende socialpsykiatri samtliga akter i studien, kom från en av de fyra kommunerna, Österåker. Denna skevhet beror delvis på att socialpsykiatri i två av kommunerna inte deltog i studien, men visar samtidigt på en mycket ojämn användning av SIP. I Österåker användes SIP ganska flitigt, då det fanns 15 akter inom socialpsykiatri och 10 inom missbruk, där en första SIP upprättades under undersökningsperioden. I Täby, som är den största kommunen, liksom även i Norrtälje, hade tre SIP upprättats inom missbruk. Att Vaxholm endast hade tre planer från undersökningsperioden beror troligen på att kommunen har en mycket mindre befolkning och därmed färre personer i målgrupperna.

De personer som fick SIP var vuxna kvinnor och män i olika åldrar, inklusive några som var över 65 år. 15 % var födda utanför Sverige. En majoritet var ensamstående, men en del levde i någon form av partnerrelation och några hade barn. En majoritet hade såväl psykisk ohälsa som missbruksproblem, ofta med två eller fler diagnoser och/eller blandmissbruk. En majoritet hade någon form av boende som ordnats av socialtjänsten eller stöd i boendet, en majoritet saknade sysselsättning eller hade sysselsättning som ordnats av socialtjänsten, och en majoritet hade försörjning genom försörjningsstöd eller ersättning från Försäkringskassan.

Samtliga 29 SIP var gjorda enligt en mall som skapats av Stockholms läns landsting och som fanns inom landstingets verksamhetssystem "Take Care". Mallen har bl.a. en ruta för problemformulering, ofta utformad som en lista över problem, samt små rutor för kortfattade och koncisa formuleringar om behov av insatser och planerade insatser under färdiga rubriker för respektive deltagande part.

Komplexiteten i personernas problem utgör i sig en anledning till samverkan, men hur den specifika SIP motiverades var ofta oklart då det inte var uttalat i själva planen varför man gjorde en SIP just vid detta tillfälle. Däremot kunde, i en majoritet av akterna, anledningen förstås genom annan dokumentation, t.ex. journalanteckningar. Också i en majoritet av akterna hade personen redan inledda kontakter med de flesta av de deltagande parterna, även om nya kontakter och insatser tillkom för en del perso-

ner. Detta kan tolkas som att det vanligaste skälet till att göra en SIP helt enkelt var att det verkade rimligt att samordna redan inledda eller planerade insatser med varandra.

I stället för plats för en motivering, har SIP-mallen en ruta för ”problemformulering” och en ruta för ”mål”. I en majoritet av planerna formulerades problemet som en lista över behov, som i sin tur var kopplade till mål för respektive behov. Såväl behoven som målen kunde vara formulerade väldigt brett eller mer specifikt. Eftersom formuleringarna var så olika, var det ofta inte möjligt för forskaren att skilja mellan långsiktiga behov och mål och mer omedelbara eller kortsiktiga sådana. Detta, samt övriga resultat som har diskuterats så här långt, stämmer med resultaten från författarnas tidigare studie om SIP (Matscheck et al. 2018).

Analysen kan kompletteras med mer specifika data om insatserna. En rubrik i SIP-mallen heter ”Beslutade insatser”, men eftersom SIP egentligen är, såsom den heter, just en plan, och eftersom många av de personer som deltar i mötena inte har beslutsmandat eller i varje fall inte kan ta beslut på plats (vilket kommer att diskuteras nedan), karaktäriseras i denna rapport insatserna som ”planerade”. Trots behovens och insatsernas olika specificitet, var det möjligt att fördela dem i breda kategorier.¹⁷ Inte oväntat gällde de vanligaste behoven psykisk ohälsa och missbruk. Dessa var följda av sysselsättning, boende, fysiska problem och försörjning. Insatser planerades för de flesta personer som hade psykisk ohälsa, missbruk, behov av sysselsättning eller boende, men få insatser planerades för fysiska problem eller försörjning. När det gäller försörjning, kan en eventuell förklaring vara att socialtjänstens försörjningsstöd eller t.ex. sjukersättning från Försäkringskassan antogs vara opåverkade av aktuella insatser i övrigt, och att de löpte vidare parallellt. Bara en person noterades ha problem kopplade till fritiden, vilket uppenbarligen tyder på att fritidsaktiviteter, hobbyer osv., inte var prioriterade utifrån myndigheternas perspektiv.

För att analysera vilken typ av samverkan som uppnåddes genom SIP, använde författaren och kollegor i deras tidigare studie (Matscheck et al. 2018) Andersson och kollegors (2011) skala över samverkansformer och diskuterade huruvida SIP bör ses som en typ av multidisciplinärt team eller som ett flerpartsmöte (Figur 2). Författarna framhöll att multidisciplinära team kännetecknas av tigha team som arbetar systematiskt kring enskilda brukare, medan studien visar att SIP i stället kännetecknas av ojämn tillämpning och ojämnt deltagande. Den andra möjligheten på Andersson och kollegors skala är ”case coordination”, vilket oftast tillämpas enligt case management-modeller. I SIP saknas en tydlig ”case manager”, då de personer som kallat till SIP var handläggare eller utförare av insatser för brukaren som berördes, och i SIP endast hade i uppgift att sammankalla till mötena. Det saknades personer som hade till specifik uppgift att samordna och leda SIP-mötena samt att följa upp planerna. Därför framhöll författarna att SIP bör karaktäriseras som en osystematisk typ av flerpartsmöte, eller möjligen en osystematisk form av case coordination.

17. Här ska påminnas om att behoven som påtalades i planerna inte nödvändigtvis var samma som redovisades i avsnitten om de berörda personernas olika typer av problem.

Denna analys stämmer även med resultaten från denna studie, vilket inte minst visas av det skeva urvalet mellan kommunerna. När det gäller vilka som kallade till SIP, var fördelningen jämn mellan socialtjänsten och landstinget. Från socialtjänstens sida betraktades uppenbarligen SIP som en fråga som huvudsakligen skulle skötas av handläggare på myndighetsenheter. Det var nästan alltid en handläggare som kallade till SIP och handläggare deltog i samtliga SIP-möten. Utförare från socialtjänsten deltog i en majoritet av mötena, men var sällan den som kallade till SIP. Från sjukvårdens sida var samtliga som kallade till SIP och deltog utförare, vilket beror på landstingets sätt att tillämpa beställar-utförarsystemet.

Den osystematiska tillämpningen av SIP visas av att berörda aktörer inte alltid var representerade. Andelen SIP där både socialtjänstens socialpsykiatri och missbruk deltog (17 %) och andelen SIP där både psykiatri och beroendevården deltog (29 %) var båda klart lägre än andelen personer som hade både psykisk ohälsa och missbruk (56 %). Även andelen SIP där primärvården deltog (6 %) var mycket lägre än antalet personer, som enligt dokumentationen i akterna, hade fysiska problem (47 %). Deltagande från andra parter, som t.ex. socialtjänstens försörjningsstöd, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen, förekom relativt sällan.

Författaren och kollegor (2018) konstaterade även att många av de personer som deltog i SIP-mötena inte hade mandat att ta beslut om de insatser som planerades. Även detta stämmer med resultaten i denna studie. Det gäller t.ex. sjuksköterskor som inte hade mandat att besluta om medicinering och socialsekreterare som inte själva kunde besluta om placering på behandlingshem. En del formuleringar var försiktiga, som t.ex. "eventuell 12-steps terapi". En del insatser som listades hörde till andra parter ansvar än till de som deltog i mötet och dessa måste därför kontaktas, antingen av en av de professionella personer som var på mötet eller av brukaren själv.

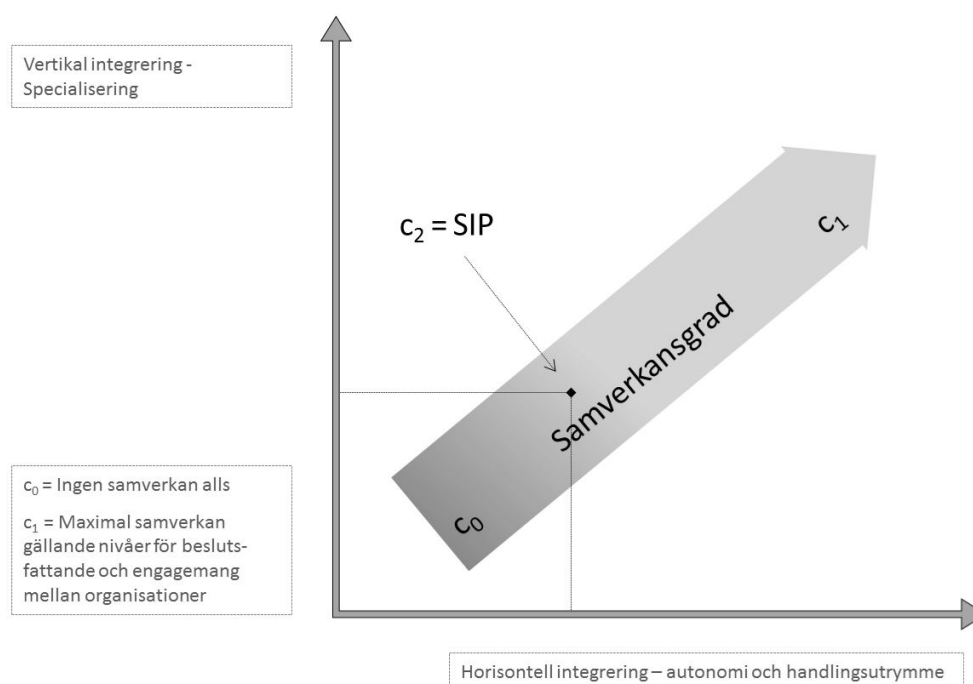
I en majoritet av akterna hade den första SIP följts upp vid minst ett uppföljningstillfälle, men totalt sett var även uppföljningen ojämn. Det föreföll som att de flesta insatser som listades i SIP som planerade även kom till stånd, vilket inte är förvånande eftersom en majoritet av insatserna redan var inledda när det första SIP-mötet skedde. Dokumentationen var dock inte gjord på ett sätt så att författarna kunde mäta hur många av insatserna som hade fullföljts och vad insatserna hade fått för resultat eller effekt för brukarna.

Brukarnas deltagande dokumenterades i begränsad omfattning. Studiens alla brukare, utom en, var närvarande vid det första SIP-mötet. Men den typen av förberedelse i konsultation med brukaren som förespråkas av Kommunförbundets och landstingets vägledning (KSL & SLL 2014) skedde bara inför en SIP enligt aktdokumentationen. I övrigt var det enda tydliga resultat rörande brukardelaktighet att brukarna i 38 % av fallen på något sätt yttrat sig på det första SIP-mötet. Givetvis kan varken SIP eller annan aktdokumentation förväntas återge allt som har sagts av olika personer och redogöra för alla processer som har skett, vare sig på själva SIP-mötena eller vid andra tillfällen. Ändå förefaller det som att det i huvudsak läggs högre vikt vid de professionella aktörernas roll i SIP än vid brukarens medverkan. Även detta resultat stämmer med författaren och kollegors tidigare studie (2018).

För att analysera vilken *grad* av samverkan som uppnått genom SIP, använde författaren och kollegor (2018) den teoretiska modellen i Figur 4. Författarna konstaterade att möten kring individuella brukare längs den horisontella axeln, som t.ex. SIP, måste stödjas genom samverkansstrukturer på högre nivåer längs den vertikala axeln. I Stockholms län finns en sådan struktur, genom såväl en regional överenskommelse som bl.a. fastställer ett regionalt samråd som lokala samverkansöverenskommelser som fastställer lokala samverkansråd med ansvar för att bl.a. stödja SIP. Matscheck och Fleetwood (2013) ifrågasatte huruvida den regionala överenskommelsen verkligen ledde till ökad samverkan på individnivå, och författaren och kollegor (2018) konstaterade att mycket av texterna i de lokala överenskommelserna handlar om att definiera respektive organisations ansvarsområde, vilket snarare tenderar att klargöra frågor om samordning än att frammana egentlig samverkan. Samma tendenser finns i de lokala överenskommelserna i denna studie.

Enligt författaren och kollegors (2018) analys, visade den ojämna användningen av SIP och bristen på beslutsmandat hos många av de personer som deltagit att en ganska låg till måttlig grad av samverkan uppnåddes (Figur 6).

Figur 6. Grad av samverkan, enligt analys av SIP-dokumenterna och annan aktedokumentation. (Matscheck et al. 2018)



Samma tendenser noteras i denna studie. Samtidigt noteras att de lokala överenskommelserna antingen omfattat rutiner för SIP eller fastställt att rutiner för SIP ska finnas, vilket eventuellt kan leda till en högre grad av samverkan på sikt. En vidare studie som undersöker de lokala samrådets roll och funktion kan därför ses som angelägen.

Diskussion

Denna studie har haft som syfte att undersöka samverkan i individärenden, såsom den uttrycks i SIP-dokument och aktdokumentation inom socialtjänsten. Med reservation för att enheterna för socialpsykiatri i två av de fyra kommunerna inte har deltagit i studien, förefaller tillämpningen av SIP mycket ojämn, liksom även deltagandet från olika myndigheter och vårdinstanser samt uppföljning av planer. Däremot framkom att de personer som fick SIP hade komplexa behov som kräver samordning av insatser och samverkan mellan parterna, vilket visar att SIP, när den tillämpades, riktades mot de brukare som avses i lagstiftningen. Behoven rörde sig huvudsakligen om samtidig psykisk ohälsa och missbruk, sysselsättning, boende, fysiska problem och försörjning.

Komplexiteten i brukarnas problem motiverar samverkan i sig, men i övrigt var det ofta oklart varför man valde att upprätta en SIP och ofta var det inte möjligt att genom aktläsning skilja mellan långsiktiga, övergripande problem och mer begränsade och kortsiktiga problem och mål. De flesta insatser var redan inledda eller planerade vid första mötestillfället, vilket tyder på att mötena i sak till stor del handlade om mindre justeringar eller tillägg i planeringen.

I likhet med den tidigare studie som gjorts av författaren och kollegor (2018), kan SIP utifrån dessa resultat karaktäriseras som en osystematisk form av flerparts möte, eller möjligen ”case coordination”, som uppnår en måttlig grad av samverkan kring individuella brukare. Brukarnas roll i denna samverkansform dokumenterades på ett begränsat sätt och förefaller oklar. Eftersom förarbetet till lagstiftningen (Prop. 2008/2009:193) framhåller vikten av brukarmedverkan, kan framhållandet av bristerna inom detta område anses som allvarlig kritik.

Resultaten bekräftar i huvudsak analysen i den tidigare studien (Matscheck et al. 2018) och även i stort resultatet från de få andra studier som hittills gjorts om SIP (se t.ex. Winquist 2016). Men SIP har i vissa studier också visats kunna ge viktigt stöd och avlastning för brukare (Nordström 2016). En angelägen fråga för kommunerna och dess samverkanspartners torde därför vara, hur kan arbetet med SIP förbättras?

Denna fråga kan få flera typer av svar. En övergripande analys utifrån den nyinstitutionella teorin om domänkonsensus och domänkonflikt (Grape 2006) indikerar att det finns inneboende svårigheter beroende på hur olika sektorer och myndigheter har

organiserats i Sverige. Inom fältet psykisk ohälsa omfattar hälso- och sjukvårdens domän, vilken i huvudsak utgörs av psykiatri, bl.a. medicinsk bedömning (inkl. diagnos), medicinsk behandling och behandlingssamtal, medan socialtjänstens domän omfattar sociala behov som t.ex. boende och sysselsättning. Här förefaller det finnas en domänkonsensus i grunden, då behandlingsansvaret tydligt ligger hos sjukvården och ansvaret för sociala insatser hos socialtjänsten. Men inom fältet missbruk och beroende omfattar hälso- och sjukvårdens (beroendevårdens) domän i stället endast medicinsk bedömning och behandling, medan socialtjänstens domän, förutom sociala behov som boende och sysselsättning, även omfattar behandlingssamtal (som går under benämningen ”psykosocial behandling”). Inom detta fält råder, om inte domänkonflikt, så åtminstone oklarhet när det gäller ansvaret för behandling (se t.ex. SOU 2011:35). Inte heller ansvarsfördelningen mellan domänerna inom fältet psykisk ohälsa är oomtvistad, eftersom återhämtning från psykisk ohälsa omfattar olika faktorer som berör och ofta går in i varandra och som påverkar såväl den medicinska som den sociala situationen för enskilda personer (se t.ex. Topor 2004, Tew et al. 2012). Analysen kan utvidgas till att omfatta oklarheter kring ansvaret för bostäder och för sysselsättning genom arbetsrelaterad rehabilitering.

Samtidigt visar dock analyser baserade på Axelsson och Bihari Axelssons konceptuella modell (Axelsson & Bihari Axelsson 2006, se även Figur 4) att det kan finnas vägar. Matscheck och Axelsson (2012) har till exempel visat att en tydlig struktur, med kontaktskapande arenor och regelbundna träffar mellan de mest berörda organisationerna och på olika organisationsnivåer kan stödja samverkan kring individuella brukare. Arenorna kan användas inte endast för konkreta beslut, utan även för att främja framgångsfaktorer för samverkan, som t.ex. tillitsskapande dialog, förbättrad kommunikation och gemensamma grunder samt för att tillsammans skapa rutiner (se Figur 3). På så sätt kan strukturer för samverkan stödja samverkansprocesser.

På den regionala nivån i Stockholms län har gjorts ett försök att skapa en övergripande struktur för hela länet som även omfattar lokala strukturer i kommunerna. De ojämna resultaten kan bero på att det finns glapp i systemet, att stödet från de olika högre nivåerna i den strukturella hierarkin inte fungerar fullt ut och därför inte når ända ner till individnivån.

Ett annat sätt att angripa problemet kan vara att ge SIP tydligare drag av systematisk ”case coordination” eller ”case management”. Det sker enligt uppgift försök i vissa kommuner att skapa tjänster för ”SIP-koordinatorer” med den specifika funktionen att samordna SIP, leda SIP-möten samt följa upp SIP. Än så länge saknas dokumentation från dessa försök, men det kan vara angeläget att prova, följa upp och utvärdera en sådan modell.

Ett annat sätt att arbeta med samordnade planer skulle kunna vara den modell som skapades i Norrtälje redan innan SIP-lagstiftningen, det vill säga KPM (Kommun, Psykiatri och Missbruk i samverkan). KPM utgör ett intressant försök till helhetstänkande och skiljer sig från SIP genom att samarbetet kring den enskilde förankras i ett tydligt uppdrag som utgår från ett remissförfarande. Dessa mekanismer förefaller

kunna stärka samverkan på individnivå. Modellen verkar i stort sett ha övergivits i Norrtälje (endast en ny KPM-plan upprättades under undersökningsperioden), men skulle kunna återupplivas och även provas i andra kommuner. SIP skulle kunna knytas till en sådan modell.

Dessa modeller angriper däremot inte tydligt den låga nivån av brukardelaktighet i SIP (åtminstone enligt vad som har dokumenterats). Det kan vara så att det behövs ett arbetssätt som på ett tydligare sätt tar utgångspunkt i brukarens egen beskrivning av sina problem och önskemål om hjälp. En del personer med svåra och komplexa problem kan behöva stöd från en "case manager" eller ett personligt ombud för att uttrycka sig tydligt. Det kan också behövas en mall för SIP som är utformad på ett annat sätt.

En obesvarad fråga är varför det upprättades så många fler SIP i Österåker än i de andra kommunerna i studien? Förklaringen till att det görs färre planer i Vaxholm är troligen helt enkelt kommunens mindre storlek. Men såväl Täby som Norrtälje är ganska stora kommuner. Finns det i allmänhet större engagemang för samverkan i Österåker? Har socialtjänsten i Österåker bättre ledarskap kring samverkan? Eller får socialtjänsten i vissa kommuner inte gensvar från sina samverkanspartners inom landstinget?

En intervjustudie med berörda professionella är angelägen – som ett led i att undersöka var problemen kring samverkan i kommunerna i nordöstra Stockholm kan finnas och förtydliga förslag kring hur samverkan kan fungera bättre på individnivå.

Slutsatser

Utifrån studiens resultat och diskussionen ovan har författaren formulerat följande slutsatser. Dessa punkter ska betraktas som preliminära avseende samverkan och användningen av SIP i kommunerna i nordöstra Stockholms län i avvaktan på vidare forskning och fler utvärderingar:

- Tillämpning av SIP och deltagande i SIP är mycket ojämn mellan olika kommuner och aktörer.
- SIP, när den tillämpas, riktas mot personer som har svåra och komplexa behov och för vilka det därför krävs samordning och samverkan mellan parterna om insatserna ska kunna vara effektiva.
- Strukturen kring samverkan bör ses över på såväl regional som kommunal nivå för att täta till eventuella glapp i kommunikation.
- Tydligare modeller behövs för tillämpning av SIP – t.ex. SIP-koordinator, case management eller KPM.
- Dokumentation av SIP behöver, i enlighet med lagstiftningens intentioner, tydligare ta utgångspunkt i brukarens delaktighet och medverkan i sin egen vård.
- Oavsett struktur och modell är ledarskap och engagemang mycket viktiga för att samverkan, inklusive SIP, ska kunna vara framgångsrik.

Referenser

- Andersson, J., Ahgren, B., Bihari Axelsson, S., Eriksson, A. & Axelsson, R** (2011). Organizational approaches to collaboration in vocational rehabilitation – an international literature review. *International Journal of Integrated Care* 11.
- Andersson, M., Eklund, M., Sandlund, M. & Markström, U.** (2015). Freedom of choice or cost efficiency? The implementation of a free-choice market system in community mental health services in Sweden. *Scandinavian Journal of Disability Research* 18 (2), 129–141.
- Axelsson, R. and Bihari Axelsson, S.** (2006). Integration and collaboration in public health – a conceptual framework. *International Journal of Health Planning and Management*, 21 (1), 75–88.
- Axelsson, R. & Bihari Axelsson, S.** (2007) (red.). *Folkhälsa i samverkan – mellan professioner, organisationer och samhällsaktörer*. Lund: Studentlitteratur.
- Axelsson, R. & Bihari Axelsson, S.** (2007). Samverkan och folkhälsa – begrepp, teorier och praktisk tillämpning. I Axelsson, R. & Bihari Axelsson, S. (red.) *Folkhälsa i samverkan – mellan professioner, organisationer och samhällsaktörer*. Lund: Studentlitteratur.
- Axelsson, R. & Bihari Axelsson, S.** (2013) (red.). *Om samverkan – för utveckling av hälsa och välfärd*. Lund: Studentlitteratur.
- Axelsson, R. & Bihari Axelsson, S.** (2013). Samverkan som samhällsfenomen – några centrala frågeställningar. I Axelsson, R. & Bihari Axelsson, S. (red.) *Om samverkan – för utveckling av hälsa och välfärd*. Lund: Studentlitteratur.
- Bee, P., Price, O., Baker, J. & Lovell, K.** (2015). Systematic synthesis of barriers and facilitators to service user-led care planning. *The British Journal of Psychiatry* 207, 104–114.
- Bergmark, Å., Germundsson, N., Lundström, T. & Stranz, H.** (2017). Ringar på vattnet – Om socialtjänstens individ- och familjeomsorg i samverkan. *Socionomens forskningssupplement* (1), 34–38.
- Bergmark, Å. & Lundström, T.** (2005) Med förenade krafter? Om Individ- och familjeomsorgens samverkan med andra myndigheter. *Socionomens Forskningssupplement*, 17, 2–12.
- Björkman, Tommy** (2000). *Case management for individuals with severe mental illness*. Doktorsavhandling. Lund: Lunds universitet, Institutionen för klinisk neurovetenskap.
- Bringlöv, Å.** (2016). *Varför kommer de tillbaka? Missbruksvård för personer med komplexa behov – analys av mångbesökarkartläggningar i sex län*. FoU Södertörns skriftserie 145/16.
www.fou-sodertorn.se

- Bringlöv, Å. & Bons, T.** (2018). *De personliga ombudens nätverksmöten – på klientens villkor?* FoU Södertörns skriftserie 157/18.
- Burns, T., Fioretti, A., Holloway, F., Malm, U. & Rössler, W.** (2001). Case Management and Assertive Community Treatment in Europe. *Psychiatric Services* 52 (5), 631–636.
- Danermark, B. & Kullberg, C.** (1999). *Samverkan – Välfärdsstatens nya arbetsform*. Lund: Studentlitteratur.
- Drake, R.E., Essock, S.M., Shaner, A., Carey, K.B., Minkoff, K., Kola, L., Lynde, D., Osher, F.C., Clarke, R.E. & Rickards, L.** (2001). Implementing Dual Diagnosis Services for Clients with Severe Mental Illness. *Psychiatric Services* 52 (4), 469–476.
- Ekendahl, M. & Karlsson, P.** (2013). *Brukarnöjdhet i beroendevården – en studie av patientinflytande, behandlingstilltro och samordnade insatser*. Stockholm: Stockholms stad.
- Erlandsson, S., Storm, P., Stranz, A., Szebehely, M. & Trydegård, G.-B.** (2013). Marketising trends in Swedish elder care: competition, choice and calls for stricter regulation. I Meagher, G. & Szebehely, M. (eds.). In *Marketisation in Nordic elder care: A research report on legislation, oversight, extent and consequences*. Stockholm Studies in Social Work 30. Stockholm: Department of Social Work, Stockholm University.
- Fleetwood, C. & Matscheck, D.** (2007). *BUS-avtalet – en fråga om samverkanskompetens*. I Axelsson, R. & Bihari Axelsson, S. (red.) *Folkhälsa i samverkan – mellan professioner, organisationer och samhällsaktörer*. Lund: Studentlitteratur.
- Fredriksson, E.** (2007). *Att samla ansvaret för behandlingsinsatserna – ACT-insatser för personer med psykisk sjukdom och missbruk*. FoU Södertörns skriftserie nr 56/2007.
- Grape, O.** (2006). Domänkonsensus eller domänkonflikt? Integrerad samverkan mellan myndigheter. I Grape, O., Blom, B. & Johansson, R. (red.) *Organisation och omvärld: Nyinstitutionell analys av människobehandlande organisationer*. Lund: Studentlitteratur.
- Hansen, G.V.** (2007). *Samarbeid uten felleskap – om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid*. Doktorsavhandling. Karlstad University Studies, 2007:15.
- Hasselbladh, H., Bejerot, E. & Gustafsson, R.Å.** (2008). *Bortom New Public Management. Institutionell transformation i svensk sjukvård*. Lund: Academia Adacta.
- Hood, C.** (1991). *A Public Management for all Seasons*. London: Blackwell.
- Horsfall, J., Cleary, M., Hunt, G.E. & Walter, G.** (2009). Psychosocial Treatments for People with Co-occurring Severe Mental Illness and Substance Use Disorders (Dual Diagnosis): A Review of Empirical Evidence. *Harvard Review of Psychiatry* 17 (1), 24–34.
- Huxham, C. & Vangen S.** (2005). *Managing to Collaborate: The theory and practice of collaborative advantage*. Oxford: Routledge.
- Johansson, S., Dellgran, P. & Höjer, S.** (2015). Inledning. I Johansson, S., Dellgran, P. & Höjer, S. (red.) *Människobehandlande organisationer – Villkor för ledning, styrning och professionellt välfärdsarbete*. Stockholm: Natur & Kultur.

- KSL & SLL** (1998). *Kommunerna, landstinget och missbrukarvården i Stockholms län – en gemensam policy för missbrukarvård och specialiserad beroendevård*. Stockholm: Kommunförbundet i Stockholms län och Stockholms läns landsting.
- KSL & SLL** (2008). *Policy för att förebygga och behandla missbruk och beroende – samverkan mellan kommunerna och landstinget i Stockholms län*. Kommunförbundet i Stockholms län och Stockholms läns landsting.
- KSL & SLL** (2011). *Överenskommelse om samverkan kring vuxna med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning mellan kommunerna och landstinget i Stockholms län*. Stockholm: KSL och SLL.
- KSL & SLL** (2014). *Samordnad individuell plan (SIP) för vuxna och äldre i Stockholms län – Vägledning för personal i kommuner och landsting*. Stockholm: KSL och SLL.
- KSL & SLL** (2017). *Samverkan kring personer med missbruk och beroende i Stockholms län – överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och kommunerna i Stockholms län*. Stockholm: KSL och SLL. www.storsthlm.se
- Källmén, H. and Elgán, T.** (2016). *Samordnad individuell plan (SIP) – en uppföljande studie av en utbildningsinsats till personal inom Stockholms län*. Rapport nr. 59. Stockholm: STAD.
- Langhammar, B., Madsen, V.H., Hellem, E., Bruusgaard, K.A., Alve, G. & Slettebø, Å.** (2015). Working with Individual Plans. *Scandinavian Journal of Disability Research* (17) 1, 26–45.
- Lindberg, K. & Wikström, E.** (2013). Samverkan i missbrukarvården – komplexa projekt och ansvarsredogörelser. I Axelsson, R. & Bihari Axelsson, S. (red.) *Om samverkan – för utveckling av hälsa och välfärd*. Lund: Studentlitteratur.
- Markström, U., Bejerholm, U., Svensson, B. & Bergmark, M.** (2015). *Implementering av nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni – exemplen IPS och ACT*. Lunds universitet. Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser (CEPI).
- Matscheck, D. & Axelsson, R.** (2012). Arenas for Contact – a study of local collaboration in mental health. *Scandinavian Journal of Public Administration*, 16 (2), 93–113.
- Matscheck, D. & Fleetwood, C.** (2013). Samverkan kring missbruk och beroende. I Axelsson, R. & Bihari Axelsson, S. (red.) *Om samverkan – för utveckling av hälsa och välfärd*. Lund: Studentlitteratur.
- Matscheck, D.** (2018). *Supported Employment – för sysselsättning och delaktighet*. Rapport nr 29/2018. Danderyd: FoU Nordost.
- Matscheck, D., Piuva, K., Eriksson, L. & Åberg, M.** (2018). The Coordinated Individual Plan – is this a solution for complex organizations to handle complex needs? *Nordic Social Work Research*. <https://doi.org/10.1080/2156857X.2018.1489886>
- Melke, A.** (2010). *Mental health policy and the welfare state*. Diss. Gothenburg: School of Public Administration. University of Gothenburg.
- Miller, C. & Ahmad, Y.** (2000). Collaboration and partnership: An effective response to complexity and fragmentation or a solution built on sand? *International Journal of Sociology and Social Policy* (20), 1–38.

- Mossberg, L.** (2015). Service user involvement in Swedish mental health and social care: an analysis of ideological dilemmas and subject positions in a collaboration context. *European Journal of Social Work* <http://dx.doi.org/10.1080/13691457.2015.1081586>
- Mueser, K.T. & Gingerich S.** (2013). Treatment of Co-occurring Psychotic and Substance Abuse Disorders. *Social Work in Public Health* 28, 424–439.
- Nordström, E., Josephson, I., Hedberg, B. & Kjellström, S.** (2016). Agenda för samverkan eller verksamhetens agenda? – Om professionellas erfarenheter av samverkan enligt samordnad individuell plan. *Socialvetenskaplig tidskrift* 23 (1), 37–57.
- Oscarsson, L.** (2011) Missbrukarvården och samhället. I *Missbruket, kunskapen, vården. Missbruksutredningens forskningsbilaga*. SOU 2011:6.
- Perlinski, M.** (2010). *Skilda världar: Specialisering eller integration i socialtjänstens individ- och familjeomsorg*. Avhandling. Umeå: Umeå Universitet.
- Piuva, K., Blom, R. & Sandström, U.** (2008). *Gemensam individuell plan – GIVP. En utvärdering av arbetsmodellen*. Sollentuna: FoU Nordväst.
- Piuva, K. & Lobos, C.** (2011). Case management – samarbete på alla nivåer. I Piuva, K., Börjesson, M. & Lobos, C. (red.) *Utvärdering i praktiken – Om att värdera socialt arbete för människor med psykiska funktionshinder*. Lund: Studentlitteratur.
- Prop. 2008/09:193.** Regeringens proposition – Vissa psykiatrifrågor m.m.
- Sallnäs, M. & Wiklund, S.** (2018). Introduktion – socialtjänstmarknaden under radarn. I Sallnäs, M. & Wiklund, S. (red.) *Socialtjänstmarknaden – om marknadsorientering och konkurrensut-sättning av individ- och familjeomsorgen*. Stockholm: Liber.
- Skogens, L.** (2007). *Hur bemöts manliga socialbidragstagare med alkoholproblem – regler, kunskaper och kontext i socialt arbete*. Avhandling. Stockholms universitet. Institutionen för socialt arbete.
- Skogens, L., von Greiff, N. & Paunia, M.** (2013). *Var sin hand – Organisationskulturers betydelse för arbetet med samsjuklighet*. Rapport nr 21/2013. Danderyd: FoU Nordost.
- Socialstyrelsen** (2001). *Gränsöverskridande rehabilitering – hur gick det sedan?* Artikelnr. 2001-103-6. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen** (2007). *Satsning på psykiatri och socialtjänst 2005–2006 – Socialstyrelsens uppföljning*. Artikelnr. 2007-103-3. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 1992:73.** *Välfärd och valfrihet – service, stöd och vård för psykiskt störda* [Welfare and freedom of choice – service, support and care for mentally disturbed people]. Stockholm: Statens offentliga utredningar.
- SOU 2006:100.** *Ambition och ansvar – Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder*. Statens offentliga utredningar.
- SOU 2011:35.** *Bättre insatser vid missbruk och beroende*. Statens offentliga utredningar.
- Stockholms läns landsting (SLL) och Kommunerna i Stockholms län (KSL)** (2012). *Samverkan kring barn med behov av särskilt stöd (BUS)*. www.storsthlm.se

- Topor, A.** (2004). *Vad hjälper? Vägar till återhämtning från svåra psykiska problem*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Tew, J., Ramon, S., Slade, M., Bird, V., Melton, J. & Le Boutillier, C.** (2012). Social Factors and Recovery from Mental Health Difficulties: A Review of the Evidence. *British Journal of Social Work* 42, 443–460.
- Winqvist, M.** (2016). *Uppföljning av arbetet med Samordnad Individuell Plan i Uppsala län*. FoU-rapport 2016/1. Uppsala: Regionförbundet Uppsala län.
- Wirbing, P. & Borg, S.** (2011). *Integrerad behandling vid dubbeldiagnoser*. Lund: Studentlitteratur.
- Åberg, M. & Piuva, K.** (2009). *Att inte släppa taget. En utvärdering av SAM-teamet – ett Case management projekt i Järfälla och Upplands-Bro 2006–2008: Slutrapport 2009*. Forskningsrapport 2009:1. Sollentuna: FoU Nordväst i Stockholms län.
- Öjehagen, A.** (2011) Samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk sjukdom. I SOU 2011:6 *Missbruket, kunskapen, vården – Missbruksutredningens forskningsbilaga*.

Bilagor

BILAGA 1

*Typer av psykisk ohälsa inkl. neuropsykiatriska problem
(%, n = 34)*

Typ av psykisk ohälsa	Antal personer (%)
Psykosjukdom	6
Bipolär sjukdom eller depression	16
Autismspektrumtillstånd	4
ADHD	9
PTSD	4
Annat*	18
Två eller fler diagnoser	15

**Personlighetsstörning, tvångssyndrom, panikångest, självskadebeteende m.m.*

BILAGA 2

*Typ av missbruk**
(%, n=34)

Typ av missbruk	Antal personer (%)
Alkohol	15
Narkotika	14
Alkohol + narkotika	5
Läkemedel	8
Läkemedel + alkohol	3
Läkemedel + narkotika	4
Läkemedel + alkohol + narkotika	0

**En del personer hade flera typer av missbruk samtidigt.*

BILAGA 3

Utbildning och arbetslivserfarenhet (%)

	Socialpsykiatri (n = 15)	Missbruk (n = 19)	Totalt (n = 34)
Högsta utbildning			
Grundskola	20	42	32
Gymnasium	13	10	12
Folkhögskola eller komvux	7	16	12
Yrkesskola	0	10	6
Högskola	7	0	3
Annat	20	0	9
Ej känt	34	21	26
Arbetslivserfarenhet			
Ingen eller mindre än 12 månader	27	42	35
1–5 år	13	0	6
5 år eller längre	7	32	18
Ej känt	53	26	38

BILAGA 4

SIP-formulär (Stockholms läns landsting, Take Care verksamhetssystem)

Samordnad individuell plan

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) 3f §
Socialtjänstlagen (SOL 2001:453) 2 kap, Socialstyrelsens
författningssamling SOSFS (2007:10)

Verksamhet:
(Vård)enhet:
Adress:
Postadress:
Telefon:

Patient/klient:	Personnummer:
Adress:	
Telefonnummer:	
Kommun/Stadsdel:	Tolkbehov:
Närstående som kan kontaktas: (namn, relation, adress, telefon)	
Berörda minderåriga: ☐ Ja ☐ Nej Om ja, ange antal och födelseår	

Aktuella kontakter: (namn, telefonnummer)
Psykiatrisk heldygnsvård/avdelning: Ansvarig läkare/kontaktperson:
Psykiatrisk öppenvård/mottagning: Ansvarig läkare/kontaktperson:
Beroende öppenvård/mottagning: Ansvarig läkare/kontaktperson:
Primärvård/vårdcentral: Ansvarig läkare/distriktssköterska:
Kommun/stadsdelsförvaltning: Ansvarig kommunal enhet/er: Ansvarig handläggare/biståndsbedömare: Boendestöd: God man: Förvaltare: Personligt ombud:
Övriga kontakter:
Datum för upprättande av plan: ☐ Detta är en uppföljning av tidigare plan
Patienten godkänner att informationsöverföring mellan kommun och landsting äger rum: ☐ Ja ☐ Nej
Samordningsansvarig: (ange namn samt befattning, arbetsplats)

Medverkande på mötet: (namn, relation, befattning, arbetsplats)
Problemformulering
Mål
Behov av insatser från kommunen:
Beslutade insatser:
Ansvarig enhet/mottagning:
Behov av insatser från psykiatrin:
Beslutade insatser:
Ansvarig enhet/mottagning:
Behov av insatser från beroendevården:
Beslutade insatser:
Ansvarig enhet/mottagning:

Behov av insatser från andra aktörer :	
Patienten ansvarar själv för:	
Övrigt:	
Samordnad individuell plan kommer att utvärderas/följas upp datum:	
Kontakt för uppföljning initieras av:	
Kopia lämnas till:	
Samordnad individuell plan beslutad, datum:	
Underskrift företrädare kommunen	Namnförtydligande, befattning
Underskrift företrädare psykiatri	Namnförtydligande, befattning
Underskrift företrädare beroendevården	Namnförtydligande, befattning
Underskrift patient	

BILAGA 5

Insatser från socialpsykiatri

Redan pågående vs. insatser planerade enligt SIP tillfälle 1 (% , n=34)

Obs! Summan uppgår ej till 100 % då respektive person kunde få flera insatser eller inga insatser alls.

	Insats 1 (innan SIP)	Insats 2 (efter SIP)
Boendestöd	23	32*
Sysselsättning	9	21
Supported Employment	9	9
Kontaktperson	6	6
Särskilt boende eller HVB	9	9

* $p < 0,05$

BILAGA 6

Insatser från missbruk

Redan pågående vs. insatser planerade enligt SIP tillfälle 1 (% , n=34)

Obs! Summan uppgår ej till 100 % då respektive person kunde få flera insatser eller inga insatser alls.

	Insats 1 (innan SIP)	Insats 2 (efter SIP)
Samtal	12	31
Återfallsprevention	0	3
Boendestöd	9	15
Sysselsättning	6	6
Behandlingshem	15	6*

* $p < 0,05$

BILAGA 7

Representerat i SIP tillfälle 1, psykiatrisk öppenvård

Antal (%), n = 19

Obs! Summan uppgår till mer än 19 (100) då flera av de nedanstående kan ha deltagit i samma möte.

Yrke	Antal (%)
Läkare	47
Sjuksköterska	58
Psykolog	11
Case manager	16
Mentalskötare	5
Kurator	5

BILAGA 8

Representerat i SIP tillfälle 1, beroendevård

*Antal (%), n = 21**

Obs! Summan uppgår till mer än 19 (100) då flera av de nedanstående kan ha deltagit i samma möte.

Yrke	Antal (%)
Läkare	14
Sjuksköterska	57
Psykolog	5
Case manager	10
Beroendeterapeut	5
Arbetsterapeut	5
Specialistvård	14