



## **Samordnad individuell plan (SIP)**

**En uppföljande studie av en utbildningsinsats till personal  
inom Stockholms län**

**Håkan Källmén & Tobias Elgán**

**RAPPORT NR 59**

STADs rapportserie, 2016  
Rapport nummer 59  
ISSN: 1654-7497  
ISBN: 978-91-85997-28-2

[www.stad.org](http://www.stad.org)

Rapporten kan beställas från: [tobias.elgan@sll.se](mailto:tobias.elgan@sll.se) eller [hakan.kallmen@sll.se](mailto:hakan.kallmen@sll.se)

## FÖRORD

STAD (STockholm förebygger Alkohol- och Drogproblem) startade som ett tioårigt projekt med uppdraget att identifiera, tillämpa och utvärdera lovande metoder för prevention inom alkohol- och narkotikaområdet. Projektet startades 1995 efter en översyn av missbruksvården i Stockholms län, där Landstinget och Stockholms kommun gemensamt beslöt att göra en mer långsiktig satsning på metodutveckling. Sedan 2010 är STAD en enhet inom Centrum för psykiatriforskning Stockholm.

STADs arbete kännetecknas av ett tätt samspel mellan praktik och forskning där kunskaperna från utvärderingar omsätts till praktik och de praktiska metoderna utsätts för kritisk och konstruktiv granskning. Kunskapen om vad som kännetecknar effektiva preventiva metoder har också ökat under de senaste tio åren. Det finns dock fortfarande ett stort behov av att utveckla och testa nya samhällsbaserade preventiva metoder, dels genom det aktionsinriktade arbetssätt som i stor utsträckning kännetecknat STAD, dels genom att studera hur metoder fungerar när de verkar i den vardag de är avsedda för.

I en serie rapporter redovisas resultat och erfarenheter från det arbete STAD bedriver. I denna rapport redovisas en uppföljning av en utbildning som bygger på vägledningsdokumentet *Samordnad individuell plan för vuxna och äldre i Stockholms län*, framtagen av representanter från kommunernas och landstingets verksamheter samt brukarföreningar. Utbildningen genomfördes under perioden november 2014 till mars 2015, och uppföljningen utfördes under november 2015 till mars 2016 på uppdrag från *Regionala samrådet för psykiatri och beroendefrågor*. Uppföljningen har finansierats av Stockholms läns landsting. Delar av föreliggande rapport har sammanställts i en vetenskaplig artikel som nyligen blivit accepterad för publicering i tidskriften *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* [1].

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

FÖRORD .....	3
SAMMANFATTNING .....	5
Ett sociologiskt perspektiv på samverkan .....	6
Barriärer som påverkar samverkan.....	7
Strategier för bättre samverkan .....	7
Exempel på uppföljningar av utbildningsinsatser för samverkan .....	8
Uppföljningens syfte .....	9
METOD .....	9
Genomförandet av utbildningen .....	9
Deltagare .....	10
Enkäten .....	10
Statistiska analyser .....	10
RESULTAT .....	11
Hur arbetar deltagarna med SIP innan utförd utbildning? .....	11
Frågor om samverkan .....	13
Har utbildningen någon effekt över tid?.....	16
DISKUSSION .....	20
Svagheter med studien .....	22
Konklusion .....	22
REFERENSER.....	23

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Avinstitutionaliseringen av psykiatrin, medförde ett ökat behov av samverkan med den kommunala socialtjänsten för att ge en effektiv vård åt personer med komplexa behov, t ex där det föreligger problem med missbruk och psykiska besvär. Svensk lagstiftning föreskriver därför samverkan enligt "Samordnad individuell plan" (SIP) En allmän uppfattning bland ledning inom landsting och kommun är att samverkan sker i en för liten utsträckning. Därför designades en utbildning i SIP för personal anställda inom kommun och landsting.

**Syfte:** Att beskriva samverkan enligt SIP mellan sjukvård och socialtjänst i Stockholms län före utbildningen och att undersöka förändringar i den interorganisationella samverkan ett år efter utbildningen.

**Metod:** Data samlades in genom självskattningar på frågeformulär. Designen har varit longitudinell med upprepade mätningar före genomförd utbildning och 12 månader efter utbildningen.

**Resultat:** Vid baslinjen rapporterade 70 procent av deltagarna att de någon gång varit delaktiga i ett arbete som omfattar en SIP. Drygt 70 procent av dessa bekräftade att det finns en särskild mall tillgänglig i deras verksamhet för att upprätta en SIP och över 70 procent uppger även att denna mall används gemensamt av flera verksamheter. De flesta deltagarna rapporterar också att de anser att upprättandet av en SIP medför flera positiva konsekvenser. Antalet upprättade SIP rapporterades per deltagare är dock få (medel = 1,77, SD = 2,34 senaste 30 dagarna) och ökade inte statistiskt signifikant vid uppföljningen. Däremot var det vid uppföljningen fler som rapporterade att de känner till att det finns en SIP-mall, fler som möter personer i behov av en SIP och fler som någon gång medverkat i en SIP.

**Slutsats:** Trots att utbildningen innehöll faktorer som föreslagits för en effektiv implementering så har inte antalet gjorda SIP per person ökat efter utbildningen. Detta beror sannolikt på faktorer på individuell nivå som exempelvis svårigheter i kommunikationen, olikheter i yrkesstatus, och förståelsen för det personliga mandatet i samverkan. Dock ger studien visst stöd för att det totala antalet SIP ökat som en konsekvens av utbildningen, då andelen personer som har gjort åtminstone en SIP ökat. Det var också fler respondenter som vid uppföljningen kände till att det finns en SIP-mall tillgänglig i verksamheten. Dessutom tyder resultaten på att både samverkan och brukarinflytandet har ökat i en mindre utsträckning.

## INLEDNING

### Ett sociologiskt perspektiv på samverkan

Organisationer verksamma inom vård och omsorg som exempelvis socialtjänst och primärvård blir ofta specialiserade och differentierade på grund av den komplexa miljön de verkar i. Detta medför att personer som har komplexa vårdbehov på grund av exempelvis missbruk och psykisk sjukdom kan komma att skickas mellan de olika organisationerna. Vid omhändertagande av dessa personer uppstår ett behov av integration och samverkan, s.k. *interorganisationell* samordning [2], vilket innebär att organisationer samarbetar för att erbjuda en så bra vård som möjligt till individen. Även olika enheter inom respektive organisation kan specialiseras och därmed fragmenteras vilket ger upphov till en förbättrad samordning av olika yrkesgruppers arbete, s.k. *interprofessionell* samordning. Det är också viktigt att hänsyn tas till brukarinflytandet, d.v.s., att individen har inflytande över planering av sin egen vård och omsorg, vilket i sin tur kan leda till att individen känner en större grad av mening med de insatser som vidtas och att en högre grad av egenmakt (s.k. empowerment) utvecklas. Socialstyrelsen har i detta syfte också nyligen utfärdat föreskrifter om "brukarinflytande" i samband med planering av vård och omsorg [3].

Då inga eller ett fåtal kontrollerade studier av effekter av integrerad vård avseende patienter har gjorts har behovet av samordning främst uppstått ur ett rationellt tänkande d.v.s. från en modell av hur en effektiv vård är tänkt att fungera. I en kunskapsöversikt över forskningen kring integrerad vård för multipel skleros (MS), njursjukdomar och HIV [4] visades att integrationen kan ske inom fyra olika sektorer: funktionell integration (integration av informations- och kommunikationsteknologier), professionell integration (betoningen är på utveckling av multidisciplinära team som ACT, Assertive Community Treatment), interorganisationell integration (formellt samarbete mellan organisationer) och integrering av service (t.ex. case management, d.v.s. en person som stödjer klienterna på de flesta områden).

Vid *interorganisationell* samordning förutsätts ofta att samverkan sker mellan olika yrkesgrupper. Dock försvåras ofta denna *interprofessionella* samverkan av olika faktorer. Exempelvis har medicinsk personal och personal inom sociala myndigheter ofta olika synsätt och arbetsrutiner. Enligt Hudson [5] påverkas samverkan mellan olika yrkesgrupper av att de ofta definierar problematiken på olika sätt, av att de har olika professionell status i samhället samt hur styrande den organisation de arbetar i är. Olikheter i dessa parametrar innebär ofta problem i samverkan mellan yrkesgrupperna och sociologer uttrycker ofta en pessimistisk syn på samverkan. Hudson ser dock tre anledningar att se svagt positivt på *interprofessionell* samverkan; dels att samverkan är en förutsättning för en organisation och leder till minskad fragmentering, dels att "tidsandan" under 2000-talet talar för ett samarbete mellan yrkesgrupper och slutligen för att samverkan erbjuder en möjlighet för sociologin att bidra till den politiska debatten. Även Exworthy & Peckham [6] menar att samarbete mellan organisationer inom ett geografiskt område är en förutsättning för en organisation då samverkan minskar fragmenteringen inom en sektor.

Ahgren & Axelsson utvecklade en modell för att mäta graden av integration inom sjukvårdsverksamheter [7]. Modellen består av mått på både inter- och intraorganisationell integration (samverkan mellan organisationer vs samverkan inom en organisation) såväl som vertikal- och horisontell integration (samverkan mellan olika organisationella nivåer vs samverkan

på samma organisationella nivå). Denna modell prövades på en Närsjukvårdscentral i Kungälv med ett antal olika enheter. Resultatet visade att största graden av både inter- och intraorganisationell integration var inom primärvårdsenheterna vilket förklarades med att det fanns utvecklade vårdkedjor. I en beskrivning av utvecklingen av samverkan och integration av vården i Sverige visar Ahlgren & Axelsson [8] att utvecklingen av "vård-kedjor" innebar integration av vården genom att givna patientgrupper med liknande problem skulle erbjudas lika vård. Samtidigt har bland annat det politiska stödet för patientens rätt att välja sin egen vård inneburit en fragmentering av vården. Ahlgren & Axelsson [8] efterlyser mer vetenskaplig utvärdering av fördelarna med samverkan och integrerad vård snarare än att politiska "övertygelser" ska styra utvecklingen.

### **Barriärer som påverkar samverkan**

Ett antal olika barriärer har identifierats avseende samverkan mellan personal från olika discipliner [9-11]. Exempelvis kan det vara faktorer som påverkar förmågan att upprätta gemensamma mål och syften [12], svårigheter i kommunikationen och olikheter i status [13, 14], och förståelsen av rollen och det personliga mandatet i samverkan [15]. I en studie av Magnusson och Lützn visades att olika ideologier, erfarenheter och mål för omvårdnaden påverkar effektiviteten i samverkan på en interprofessionell nivå [16]. Liknande barriärer identifierades av Widmark et al. som studerade samverkan mellan sjukvård, socialtjänst och skolan i Stockholm [17]. Det visades att dessa tre aktörer hade svårigheter att samverka vilket berodde på en brist på klarhet i mandatet från arbetsgivarorganisationen, olika syn på klientens behov och en misstro till andra yrkesgruppers kompetens.

### **Strategier för bättre samverkan**

Olika strategier för att underlätta samverkan har prövats [9, 10]. En strategi är att ha samordnade budgetar. Erfarenheter från både England och Sverige har emellertid visat att det inte är tillräckligt med samordnade budgetar för att de professionella ska samverka på ett mer effektivt sätt [18]. Däremot har en modell med både en samordnad budget och en gemensam organisation, den så kallade Norrtaelje-modellen, visat sig vara framgångsrik i Sverige [19, 20]. Implementering av modellen resulterade i lägre kostnader för hemtjänsten till äldre över en sex-års period jämfört med andra svenska kommuner av samma storlek och struktur. En liknande svensk studie av så kallade Coordination Associations, karaktäriserade av både samordnade budgetar och användande av multiprofessionella team, visade att lokala strategier är nödvändiga för en effektiv samverkan över tid [21]. Bildande av multiprofessionella team är en vanligt förekommande modell för samverkan [10]. Exempelvis är så kallade Strategic Collaboration Councils sammansatta av personliga ombudsmän, case managers och hälsovårdspersonal. Liljegren visade emellertid att huvudaktiviteten var på den lägsta integrationsnivån som bestod av informationsutbyte och endast i liten utsträckning fokuserade på problemlösning och beslut om ansvar [22]. Dessutom visade Mossberg på indikationer om att intresset var större för själva samverkansprocessen i sig snarare än för klientens problem [23]. Dock har en studie gjord av Sommers et. al. visat att sjukvård utförd av ett multiprofessionellt team, bestående av en läkare, sjuksköterska och en socialarbetare, var mer framgångsrikt jämfört med vård utförd av läkaren ensam med avseende på patientens sjukhusinläggning, återinskrivning och aktiviteter [24].

Ytterligare en strategi för att överbrygga dessa barriärer för samverkan och öka brukarinflytandet i vården är att implementera en så kallad Samordnade Individuella Plan (SIP). Faktum

är att samordnade insatser från olika instanser enligt svensk lag (3 f § HSL, 2 kap. 7 § SoL) ska ske genom att upprätta en SIP. Den kan ses som en handlingsplan vilken konkretiserar en policy om att olika organisationer ska samverka kring att ge adekvat vård till klienter med komplexa problem. Inom Stockholms läns landsting och inom den kommunala socialtjänsten finns det bestämmelser för vilka uppgifter som en SIP ska omfatta. Exempel på sådana obligatoriska uppgifter är: Vilka behov klienten har, vilka åtgärder som behöver vidtas och vilken aktör som är ansvarig, syften och mål med åtgärderna, vem som har ansvaret för upprättande av en SIP och när den ska följas upp. För att underlätta detta arbete finns det en speciell SIP-mall tillgänglig i Stockholms läns landstings patientjournalssystem "Take Care". Korta kurser i upprättande av SIP har utvecklats och tidigare erbjudits till personal inom både sjukvård och socialtjänst i Stockholms län. Trots dessa kurser finns en allmän känsla bland politiker och ledning inom landsting och kommuner att samverkan är på en låg nivå. Fixsen et al. menar att en kurs med informationsöverföring inte är tillräcklig för en implementering av en metod, utan föreslår en flernivåmodell bestående av *kärnkomponenter* (t.ex., urval av personal som ska samverka, utbildning och övning i praktiska situationer och coaching), *organisatoriska komponenter* (anpassade administrativa rutiner, återkommande övning och stöd från chefer) och slutligen *externa påverkansfaktorer* (sociala, ekonomiska och politiska) som bör tillämpas för en effektiv implementering [25].

### **Exempel på uppföljningar av utbildningsinsatser för samverkan**

Interprofessionell utbildning med deltagande från olika yrkesgrupper finns rapporterade i litteraturen men det är emellertid oklart om dessa utbildningar i praktiken leder till ökad samverkan mellan yrkesgrupperna. Conti et al. [26] studerade effekten av en interprofessionell utbildningsinsats bestående av att samverka kring att ge stöd åt äldre inom hemsjukvården. Studenter från 5 olika yrkesutbildningar (för läkare, sjuksköterskor, farmaceuter, socialsekreterare och arbetsterapeuter) lottades till olika team som tillsammans besökte 293 äldre vårdkrävande personer. Mätningar gjordes före och efter besöket hos patienten och resultatet visade att den gemensamma teaminsatsen gav deltagarna en större förståelse för andra roller i patientmötet samt att deras kommunikation sinsemellan hade förbättrats. Studenterna var dessutom mer positivt inställda till interprofessionell samverkan efter att ha samverkat under hembesöken.

Reeves et al., [27] rapporterar i en kunskapsöversikt att en litteratursökning av studier som undersökte effekter av interprofessionell utbildning, publicerade mellan 1999 och 2006, resulterade i sex godkända randomiserade och kontrollerade studier (sk RCT) med för- och eftermätningar. Reeves et al., hade två syften, dels att jämföra effektiviteten av interprofessionell utbildning, jämfört med utbildning där olika yrkesgrupper utbildas separat, och dels att jämföra effektiviteten av interprofessionell utbildning jämfört med en kontrollgrupp som inte genomgått en liknande utbildning. Mätningar var gjorda både med avseende på patient-/klientutfall och vårdprocessutfall. Fyra av studierna visade på vissa förbättringar avseende främst vårdprocesser men att även patienttillfredsställelsen ökade. Resultat visade också att denna förbättring vidmakthölls i upp till 21 månader.

I en nyligen publicerad studie undersöktes hur en förbättrad kommunikation mellan professioner leder till en bättre interprofessionell samverkan [28]. Två multiprofessionella team (N=9) valdes ut på tillgänglighetsbasis och de deltagande personerna fick utbildning i en kommunikationsmetod som avser att skapa ett öppet och icke-dömande klimat samt att höja medvetenheten om hur olika attityder påverkar samverkan (sk "Non-violent communi-



cation”). Förväntningarna var att denna utbildning skulle leda till att den interprofessionella samverkan förbättrades. Både för- och eftermätningar genomfördes och resultaten visade att förmågan att fatta gemensamma beslut och göra en gemensam handlingsplan var bättre efter utbildningen.

### **Uppföljningens syfte**

Forskning har således visat att olika utbildningsinsatser kan resultera i vissa förbättringar avseende interprofessionell samverkan. Dock finns ännu inga utvärderingar rapporterade där effekter av implementering av SIP undersökts. Syftet med föreliggande studie är att beskriva samverkan enligt SIP mellan sjukvård och socialtjänst i Stockholms län före utbildningen och att undersöka förändringar i den interorganisationella samverkan ett år efter utbildningen. Specifika frågeställningar är: Hur ofta upprättas en SIP? Varför avstår personal från att upprätta en SIP? Hur många känner till att det finns en SIP-mall tillgänglig? Har antalet upprättade SIP ökat efter utbildningen? Har antalet personer som avstår från att upprätta en SIP minskat efter utbildningen? Har antalet personer som känner till att det finns en SIP-mall ökat efter utbildningen? Vilka konsekvenser uppfattas följa efter upprättande av en SIP? Upplever personalen en bättre samverkan och en större brukarmedverkan efter utbildningen?

## **METOD**

### **Genomförandet av utbildningen**

Som nämnts ovan har det tidigare ordnats kurser som syftat till att sprida den mall och samverkansmodell som SIP erbjuder. Dock finns det indikationer som tyder på att dessa mallar inte används i önskad utsträckning. Stockholms Läns Landsting och Kommunförbundet Stockholms Län (KSL) har därför utvecklat en två dagar lång SIP-utbildning med syftet att öka antalet upprättade SIP.

Under tidsperioden november 2014 till mars 2015 erbjöds anställda inom Stockholms stads socialtjänst tillsammans med psykiatri och beroendevården inom Stockholms läns landsting denna utbildning som benämndes ”Samordnad individuell plan (SIP) för vuxna och äldre i Stockholms län”. Kursen gavs i 10 olika omgångar vid olika regionala platser. De fem första utbildningstillfällena var en och en halv dag långa och de fem senare var en heldag och två halvdagar. Den genomfördes som lärarledd undervisning kombinerad med gruppdiskussioner i form av ”bikupor”. Innehållet i utbildningen uppfyllde delvis kriterierna för en god implementering [25]. Deltagarna vid varje tillfälle var utvalda genom att de skulle kunna samverka i sitt arbete, praktiska fall i form av vignetter diskuterades, cheferna gav sitt stöd genom att låta personalen gå utbildningen, samt att både beställarorganisationen i Stockholms läns landsting och lagstiftningen förespråkar samverkan. Utbildningen hade sin grund i befintlig lagstiftning kring samverkan enligt SIP och innehöll moment som behandlade vad som särskiljer en SIP från andra samordnade planer, när, hur och för vilka klienter en SIP bör upprättas, vilket mandat de olika parterna har och principen om samtycke. STAD fick uppdraget att följa upp konsekvenserna av utbildningen med avseende på samverkan mellan huvudmännen. Uppföljningen och analyser av data från denna studie har erhållit etiskt godkännande av den regionala etikprövningsnämnden i Stockholm (diarienummer: 2015/483-31/5)

## Deltagare

Till varje utbildningstillfälle kallades av ansvariga på olika enheter personer som var yrkesverksamma inom en och samma delregion och som potentiellt skulle kunna samverka både interorganisationellt eller interprofessionellt. Ursprungligen planerades en utbildning för 1069 personer men antalet anmälda till utbildningen vid baslinjen två veckor innan kurserna startade var 797. Av olika anledningar var det 871 personer som deltog i utbildningen, men i denna studie utgår vi från de 797 som var anmälda till utbildningen och som vi haft kontaktuppgifter till i form av e-postadresser. Dessa kursdeltagare erbjöds besvara en webbaserad baslinjeenkät två veckor före kursstart. Enkäten distribuerades via enkätverktyget Easyresearch (Questback) och en länk till enkäten skickades per e-post till alla anmälda. De som inte svarade på den elektroniska versionen fick möjlighet att svara på en pappersversion i samband med utbildningens början. Av dessa 797 tillfrågade besvarade 705 personer enkäten vid baslinjen (88,4 % svarsfrekvens) varav 642 svarade på webbenkäten och 63 svarade på enkäten i pappersform. Vid uppföljningsmätningen 12 månader efter utbildningen skickades en länk till en uppföljningsenkät till dem som svarat vid baslinjen. Vid uppföljningen inkom 350 svar varav 5 svarade att de inte deltagit i baslinjeundersökningen och 2 svarade att de inte vet om de deltagit på kursen. Dessa 7 är inte med i analyserna nedan. Det innebär att svarsfrekvensen efter 3 påminnelser var 48,5 procent ( $n = 343$ ) av dem som svarat vid baslinjen

## Enkäten

Datainsamlingen genomfördes genom användandet av en enkät konstruerad efter innehållet i vägledningen som distribuerades till deltagarna i utbildningarna. Deltagarna erbjöds att besvara enkäten dels vid baslinjen före utbildningen och dels ett år efter utbildningen. Frågorna i baslinjeenkäten syftade till att ge ett mått på i hur stor grad respondenterna samverkade enligt vägledningen redan före utbildningen medan uppföljningsenkäten syftade till att undersöka om respondenterna dels använt sig av vägledningen och kursinnehållet och dels om samverkan förändrats ett år efter utbildningen. Enkäten bestod av 33 frågor (sex bakgrundsfrågor, en fråga om respondenten möter klienter i behov av en SIP, 19 frågor om arbetet med SIP och sju frågor om upplevelser av samverkan och brukarinflytande de senaste 12 månaderna) Utöver dessa 33 frågor bestod uppföljningsenkäten av två ytterligare frågor om huruvida respondenterna använt vägledningen för upprättandet av en SIP och på vilket sätt man i sådant fall använt den.

## Statistiska analyser

De statistiska beräkningarna gjordes i statistikprogrammet SPSS 22.0. Deskriptiv statistik presenterades som medelvärden och standardavvikelser samt frekvenser och proportioner. Test av skillnader i ålder och i antal år vid nuvarande arbetsplats, uppskattningarna av antalet gånger som individen deltagit i upprättandet av en SIP respektive initierat en SIP senaste 30 dagarna och senaste 6 månaderna, dels vid baslinjen och dels vid uppföljningen, jämfördes genom t-test för relaterade grupper. De kategoriska skattningarna vid de två mätningarna av om individen i sitt arbete möter klienter i behov av upprättandet av en SIP, någon gång deltagit i arbetet kring en SIP, avstått från att upprätta en SIP, samt förändringar i upplevelsen av samverkan och brukarinflytande jämfördes med Chi-2 test. Linjära regressionsanalyser gjordes för att finna faktorer som är associerade med förändring i antal gjorda SIP vid uppföljningen. För samtliga analyser användes en statistisk signifikansnivå på  $p < ,05$ .

## RESULTAT

I tabell 1 nedan anges deskriptiv statistik för deltagarna dels vid baslinjen och dels vid uppföljningen 12 månader efter utbildningstillfället. Av de som svarade vid baslinjen var männen signifikant äldre än kvinnorna ( $p = ,023$ ) men det var inte någon skillnad mellan könen i antal år på nuvarande arbetsplats ( $p = ,990$ ). Bland de som svarade vid uppföljningen var det ingen signifikant könsskillnad varken i ålder ( $p = ,264$ ) eller i antal år på nuvarande arbetsplats ( $p = ,599$ ). Vid baslinjemätningen rapporterade nästan en av tio att de hade deltagit i en tidigare SIP-utbildning.

**Tabell 1. Bakgrundsdata jämfört mellan deltagare vid baslinjemätningen och 12-månadersuppföljningen, där medelvärden, standardavvikelse (SD) och andelar i procent är angivna.**

	Baslinjemätningen			12-månaders uppföljning		
	Kvinnor (n = 563)	Män (n = 140)	Total (n = 703)	Kvinnor (n = 258)	Män (n = 73)	Total (n = 343)
Ålder, medelvärde(SD)	44,3 (11,7)	46,7 (10,9)	44,7 (11,5)	45,6 (11,4)	47,2 (11,0)	45,9 (11,3)
Högsta Utbildning, % (n)						
Grundskola	-	0,7 (1)	0,1 (1)	-	-	-
Gymnasium	5,3 (30)	4,3 (6)	5,1 (36)	4,9 (13)	5,3 (4)	5,0 (17)
Folkhögskola	0,4 (2)	0,7 (1)	0,5 (3)	-	1,3 (1)	0,3 (1)
Högskola	92,2 (518)	90,0 (126)	91,6 (644)	92,1 (245)	89,5 (68)	91,5 (314)
Yrkesutbildning	2,1 (12)	4,3 (6)	2,6 (18)	2,6 (7)	3,9 (3)	2,9 (10)
Nuvarande arbetsplats, % (n)						
Socialtjänsten	52,6 (295)	47,9 (67)	51,7 (363)	50,6 (134)	50,0 (38)	50,6 (173)
Psykiatri	24,2 (136)	27,9 (39)	24,9 (175)	26,8 (71)	30,3 (23)	27,5 (94)
Beroendevården	18,9 (106)	20,7 (29)	19,2 (135)	18,9 (50)	18,4 (14)	18,7 (64)
Annat	4,3 (24)	3,6 (5)	4,1 (29)	3,8 (10)	1,3 (1)	3,2 (11)
Antal år vid nuvarande arbetsplats, medel(SD)	6,1 (6,8)	6,3 (6,9)	6,1 (6,8)	7,9 (6,9)	8,4 (7,3)	8,0 (7,0)
Andel som tidigare deltagit i en utbildning om SIP, % (n)	9,9 (56)	6,4 (9)	9,2 (65)	-	-	-

### Hur arbetar deltagarna med SIP innan utförd utbildning?

#### *I vilken omfattning används en mall för att upprätta en SIP?*

Vid baslinjen rapporterade 489 (70 %) deltagare att de någon gång varit delaktig i ett arbete som omfattar en SIP. Drygt 70 procent av dessa bekräftade att det finns en särskild mall tillgänglig i deras verksamhet för att upprätta en SIP medan resten svarade att det inte finns någon mall (15,3 %) eller att de inte visste om det fanns någon (13,9 %). Över 70 procent av de svarande uppger även att denna mall används gemensamt av flera verksamheter i syfte att upprätta en SIP. Vid en jämförelse mellan de tre stora verksamhetsområdena går det att urskilja en viss skillnad. Inom socialtjänsten svarar drygt 60 procent att det finns en särskild mall för att upprätta en SIP, medan motsvarande andel inom psykiatri är nästan 80 procent och andelen inom beroendevården är ännu högre, drygt 85 procent. Då mallen finns tillgänglig för verksamheter inom hälso- och sjukvården via det gemensamma patientjournalssystemet

met "Take Care" är det ändå positivt att en så stor andel inom socialtjänsten svarar att det finns en tillgänglig mall. Vi var även intresserade av att undersöka om det fanns formella överenskommelser mellan verksamheter om planering och samverkan. Totalt svarade två tredjedelar (64,7%) av 677 svarande att det finns formella överenskommelser. Nästan 6 procent av de svarande uppgav dock att det inte finns några formella överenskommelser medan 27 procent svarade att de inte vet.

### Vad innehåller SIP-mallarna?

Frågor ställdes också som berörde själva innehållet i SIP-mallen. Här frågades till exempel om mallen innehåller individens personuppgifter, boendeförhållanden och sysselsättning. Andra frågor berörde mallens innehåll avseende individens behov, målsättningar på kort och lång sikt, samt hur svaret fördelas mellan verksamheter. I tabell 2 redovisas hur respondenter inom samtliga verksamheter har svarat. Som framgår av resultaten rådde det enighet om flertalet av frågorna. Exempelvis rapporterade fler än 9 av 10 att det finns uppgifter om vilka insatser individen bedöms behöva och att SIP-mallen innehåller uppgifter om vilken verksamhet som har ansvar för respektive insats eller åtgärd. Samtidigt tyder svarsfrekvenserna på att befintliga SIP-mallar saknar visst innehåll. På frågor om SIP-mallen innehåller uppgifter om individens sysselsättning och boendeförhållanden svarar över hälften nej eller vet ej. Liknande fördelning av svarsfrekvensen gäller för om individen har andra anhöriga utöver barn och hur uppföljningen av SIP ska gå till.

**Tabell 2. Vad innehåller er SIP-mall? Samtliga svarande respondenter vid baslinjen. Procentandelar vid baslinjemätningen med frekvenser inom parentes.**

	Ja % (n)	Nej % (n)	Vet ej % (n)
Individens personuppgifter? (n = 342)	95,3 (326)	0	4,7 (16)
Individens boendeförhållanden? (n = 340)	45,0 (153)	39,1 (133)	15,9 (54)
Individens sysselsättning? (n = 339)	39,8 (135)	41,9 (142)	18,3 (62)
Huruvida individen har barn som påverkas? (n = 341)	59,5 (203)	19,1 (65)	21,4 (73)
Huruvida individen har andra närstående som påverkas? (n = 339)	35,7 (121)	37,5 (127)	26,8 (91)
Vilka som medverkat på mötet kring SIP? (n = 341)	94,1 (321)	0,9 (3)	5,0 (17)
Vilka behov individen har? (n = 341)	92,1 (314)	1,5 (5)	6,5 (22)
Vilka insatser individen önskar? (n = 339)	77,0 (261)	12,1 (41)	10,9 (37)
Vad som ska utföras/vilka insatser som individen bedöms behöva? (n = 340)	93,8 (319)	1,5 (5)	4,7 (16)
Vilka de kortsiktiga målen med åtgärderna/insatserna är? (n = 340)	63,2 (215)	20,9 (71)	15,9 (54)
Vilka de långsiktiga målen med åtgärderna/insatserna är? (n = 340)	68,8 (324)	16,8 (57)	14,4 (49)
Vilken verksamhet som har ansvar för respektive åtgärd/insats? (n = 340)	92,9 (316)	1,2 (4)	5,9 (20)
Vem som är samordningsansvarig för den enskilda individens SIP? (n = 340)	86,2 (293)	4,1 (14)	9,7 (33)
När SIP ska följas upp? (n = 341)	89,1 (304)	3,5 (12)	7,3 (25)
Hur uppföljningen ska gå till? (n = 340)	42,9 (146)	33,8 (115)	23,2 (79)
Underskrifter på de som deltagit på SIP-mötet? (n = 340)	88,2 (300)	4,4 (15)	7,4 (25)
Datum när SIP-planen upprättades? (n = 341)	95,0 (324)	0,6 (2)	4,4 (15)

### *Vad upplever deltagarna att upprättandet av SIP leder till?*

I enkäten tillfrågades deltagarna vad de generellt anser att upprättandet av en SIP leder till. Resultaten från baslinjemätningen är redovisad i tabell 3 och tyder på att många anser att upprättandet av SIP har en positiv inverkan ur flera aspekter. Den punkt som flest svarande är eniga om är att ansvarsfördelningen mellan verksamheter blir tydlig tack vare upprättande av en SIP. Noterbart är att av dem som tidigare deltagit vid en utbildning om SIP anser samtliga svarande (47 stycken) att ansvarsfördelningen för verksamheter tydliggörs.

**Tabell 3. Upplever du att upprättandet av en SIP generellt sett leder till att... Procentandelar vid baslinjemätningen med frekvenser inom parentes.**

	Ja % (n)	Nej % (n)
Individen får inflytande och är delaktig i planering och genomförande av sin vård och omsorg? (n = 469)	86,1 (404)	13,9 (65)
Individen får adekvat stöd? (n = 470)	83,2 (391)	16,8 (79)
Utredningar påbörjas? (n = 468)	70,9 (332)	29,1 (136)
Insatser påbörjas? (n = 470)	82,3 (387)	17,7 (83)
Vård och omsorg underlättas för individen? (n = 468)	81,6 (382)	18,4 (86)
Ansvarsfördelningen för verksamheter tydliggörs? (n = 467)	92,7 (433)	7,3 (34)
Den sammanhållande processen för vård och omsorg för enskilda individer förbättras? (n = 468)	83,1 (389)	16,9 (79)

### **Frågor om samverkan**

I enkäten frågade vi även hur samarbetet med andra verksamheter fungerat inom ramen för SIP. Nedan presenteras hur deltagare från socialtjänsten, psykiatrin och beroendevården svarade vid baslinjen före utbildningen (Tabell 4). Drygt hälften av deltagare verksamma inom socialtjänsten uppger att de under de senaste 12 månaderna samverkat med andra inom socialtjänsten; nästan tre fjärdedelar svarade att de samverkat med psykiatrin och omkring hälften att de samverkat med beroendevården. Omkring 35 procent svarade att de samverkat med boendestöd. Inom psykiatrin är det vanligast att man samverkar med socialtjänsten, boendestöd och andra enheter inom psykiatrin. Fördelningen är snarlik inom beroendevården, med undantag för boendestöd som en något lägre andel svarar att de samverkat med.

### *Vilka verksamheter har varit lättast att samverka med?*

I tabell 5 presenteras fördelningen av vilka verksamheter som respondenterna innan utbildningen ansåg varit lättast att samverka med under de senaste 12 månaderna. Den verksamhet som flest svarande inom socialtjänsten ansåg varit lättast att samverka med är psykiatrin (49,6 %). Därefter följer samverkan inom socialtjänsten (40,1 %), beroendevården (37,7 %) och boendestöd (24,1 %). De flesta inom både psykiatrin och beroendevården anser att socialtjänsten är lättast att samverka med (70,8 %, respektive 83,0 %).

**Tabell 4. Vilka har du samverkat med de senaste 12 månaderna? Procentandelar vid baslinjemätningen med frekvenser inom parentes.**

Samverkar med	Socialtjänsten, n = 237	Psykiatrin, n = 131	Beroendevården, n = 94
	% (n)	% (n)	% (n)
Socialtjänsten	53,6 (127)	75,6 (99)	78,7 (74)
Psykiatrin	71,7 (170)	51,9 (68)	58,5 (55)
Beroendevården	50,2 (119)	38,9 (51)	39,4 (37)
Primärvården	8,0 (19)	16,0 (21)	6,4 (6)
BUP	3,8 (9)	7,6 (10)	8,5 (8)
Äldreomsorgen	4,6 (11)	19,8 (26)	1,1 (1)
Boendestöd	35,4 (84)	55,0 (72)	36,2 (34)
Försäkringskassan	13,1 (31)	29,8 (39)	18,1 (17)
Arbetsförmedlingen	11,8 (28)	26,0 (34)	18,1 (17)
Kriminalvården	13,1 (31)	5,3 (7)	34,0 (32)
Frivilligorganisationer	2,5 (6)	7,6 (10)	5,3 (5)
Annat	10,1 (24)	16,0 (21)	8,5 (8)

**Tabell 5. Vilka verksamheter har varit lättast att samverka med under de senaste 12 månaderna? Procentandelar vid baslinjemätningen med frekvenser inom parentes.**

Samverkar med	Socialtjänsten, n = 237	Psykiatrin, n = 130	Beroendevården, n = 94
	% (n)	% (n)	% (n)
Socialtjänsten	40,1 (95)	70,8 (92)	83,0 (78)
Psykiatrin	49,6 (117)	43,1 (56)	27,7 (26)
Beroendevården	37,7 (89)	16,9 (22)	24,5 (23)
Primärvården	2,5 (6)	3,1 (4)	2,1 (2)
BUP	1,3 (3)	2,3 (3)	1,1 (1)
Äldreomsorgen	2,1 (5)	10,8 (14)	0
Boendestöd	24,1 (57)	35,4 (46)	17,0 (16)
Försäkringskassan	4,2 (10)	18,5 (24)	4,3 (4)
Arbetsförmedlingen	3,0 (7)	13,1 (17)	4,3 (4)
Kriminalvården	4,2 (10)	0,8 (1)	21,3 (20)
Frivilligorganisationer	0	1,5 (2)	2,1 (2)
Annat	6,3 (15)	6,9 (9)	4,3 (4)

### *Vilka verksamheter har varit svårast att samverka med*

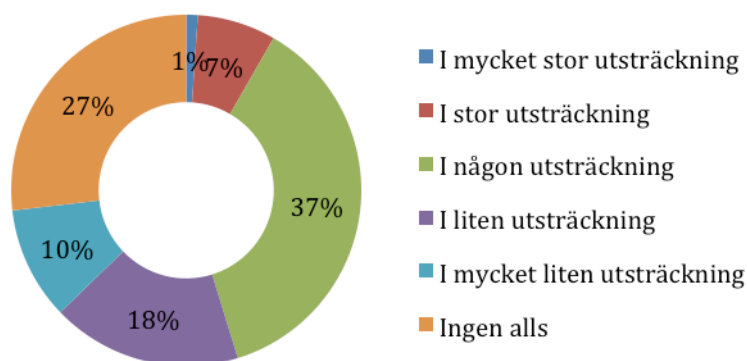
En tydlig tendens är att före utbildningen var det en relativt hög andel inom både socialtjänsten (47,5 %) och beroendevården (46,5 %) som ansåg att psykiatrin är svårast att samverka med (Tabell 6). Denna ömsesidighet verkar inte vara lika enhetlig bland respondenter inom psykiatrin. Ett annat tydligt mönster är att få respondenter ansåg att det är svårt att samverka med andra inom samma verksamhetsområde. Att det är en relativt stor andel inom exempelvis socialtjänsten som både tycker att det är lättast och svårast att samverka med psykiatrin kan bero på att respondenterna åsyftar individer i verksamheter snarare än hela verksamheter.

**Tabell 6. Vilka verksamheter har det varit svårast att samverka med under de senaste 12 månaderna? Procentandelar vid baslinjemätningen med frekvenser inom parentes.**

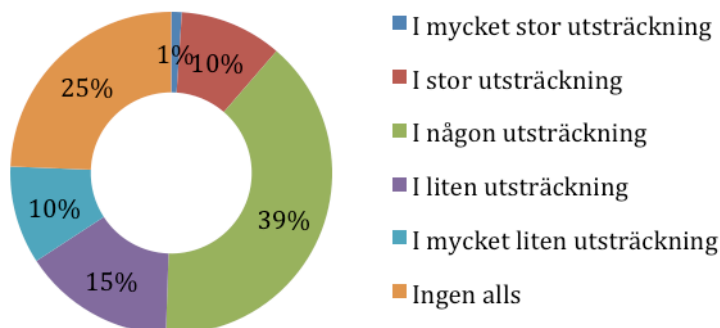
Verksamheter	Socialtjänsten (n = 219)	Psykiatrin (n = 116)	Beroendevården (n = 86)
Socialtjänsten	5,9 (13)	26,7 (31)	17,4 (15)
Psykiatrin	47,5 (104)	3,4 (4)	46,5 (40)
Beroendevården	15,1 (33)	23,3 (27)	3,5 (3)
Primärvården	14,2 (31)	13,8 (16)	14,0 (12)
BUP	4,1 (9)	3,4 (4)	9,3 (8)
Äldreomsorgen	4,1 (9)	7,8 (9)	2,3 (2)
Boendestöd	0,5 (1)	3,4 (4)	2,3 (2)
Försäkringskassan	15,1 (33)	15,5 (18)	7,0 (6)
Arbetsförmedlingen	11,0 (24)	13,8 (16)	3,5 (3)
Kriminalvården	3,2 (7)	4,3 (5)	4,7 (4)
Frivilligorganisationer	1,4 (3)	2,6 (3)	0
Annat	15,5 (34)	19,0 (22)	8,1 (7)

Vi frågade även i vilken utsträckning deltagarna upplever att samverka med andra verksamheter har förbättrats under de senaste 12 månaderna. För kommande 12-månaders uppföljning av utbildningen är denna fråga av stort intresse. I figur 1 nedan visas fördelningen av svaren. Sammanlagt har 663 personer svarat på denna fråga. Drygt en tredjedel svarade att samverka har förbättrats i någon utsträckning året före utbildningen (37 %). Som framgår anser endast åtta procent att samverka förbättrats i stor eller mycket stor utsträckning under de tolv månaderna före utbildningen. Över en fjärdedel svarade att samverka inte har förändrats alls under de 12 månader som föregick utbildningen.

**Figur 1. I vilken utsträckning upplever du att samverka med andra verksamheter har förbättrats under de senaste 12 månaderna? (n=663)**



**Figur 2. I vilken utsträckning upplever du att individer under de senaste 12 månaderna har fått ökat inflytande och är mer delaktiga i planering och genomförande av sin vård och omsorg? (n=661)**



Vi frågade även i vilken utsträckning deltagarna upplever att individer under de senaste 12 månaderna har fått ökat inflytande och är mera delaktiga i planering och genomförande av sin vård och omsorg (Figur 2). På denna fråga är svarsfördelningen näst intill densamma som frågan om samverkan mellan verksamheter förbättrats de senaste 12 månaderna.

### Har utbildningen någon effekt över tid?

En uppföljande mätning gjordes tolv månader efter utbildningsinsatsen. De personer (76 män och 266 kvinnor) som deltagit vid både baslinjen och uppföljningen ingår i analyserna nedan. Männerna var i genomsnitt 47,2 år (SD = 11.0) och kvinnorna 45,6 år (SD = 11.4). Ett t-test för oberoende grupper visade att det inte var någon statistiskt säkerställd skillnad i ålder mellan män och kvinnor ( $t_{340} = 1,12$ ,  $p = ,264$ ).

Fördelningen i studiepopulationen jämfört mellan baslinjemätningen och den uppföljande mätningen redovisas i tabell 1. En beräkning av representativiteten mellan de svarande i baslinjemätningen och de i uppföljningen visade att det inte fanns några signifikanta skillnader (baserat på 95 % konfidensintervall) i könsfördelning, utbildningsnivå eller arbetsområde för varken män eller kvinnor (ej redovisat). Det innebär att de 343 respondenterna vid uppföljningen kan tolkas som representativa för de 703 som har svarat på dessa frågor vid baslinjen. Således finns belegg för att resultaten från uppföljningen kan generaliseras till alla deltagare.

Som ett stöd i arbetet med en SIP togs en vägledning fram som delades ut till kursdeltagarna i samband med kursstart. Vid uppföljningen frågades om deltagarna använt vägledningen och 223 personer (64 %) svarade att de använt den. Av dessa var det 172 personer som angav hur de använt vägledningen i sitt arbete. En kvalitativ gruppering av svaren visade att det i huvudsak var tre användningsområden för vägledningen: 1. Att ge information om SIP åt andra 2. Att uppdatera den egna arbetsprocessen 3. Att uppdatera den egna kunskapen om SIP.



## Förändringar i arbetet som involverar SIP

Det var små men statistiskt signifikanta skillnader i fördelningen av svaren på frågorna om SIP arbete enligt Chi-2 test (Tabell 7). På frågan om respondenterna i sitt arbete möter klienter i behov av upprättande av en SIP hade andelen "Nej" ökat något medan andelen "Vet ej" minskat. På frågan om du någon gång samverkat kring en SIP svarade en högre andel "Ja" och en betydligt lägre andel "Nej" efter utbildningen, dessutom var det även en lägre andel som svarade "Vet ej". Denna förändring var statistiskt signifikant. Det är en indikation på att samverkan ökat ett år efter utbildning. Ett liknande resultat gäller för frågan om man initierat en samverkan kring en SIP. På frågan om man under de senaste 6 månaderna avstått från att upprätta en SIP fast det var motiverat svarade en något större andel "ja" efter utbildningen jämfört med före utbildningen. Det var en signifikant förändring i fördelningen av svaren på frågan om det finns en SIP- mall tillgänglig i verksamheten. Ett större antal vet om att det finns en särskild mall efter utbildningen.

**Tabell 7. Andelar (%) och antal som svarat på frågor relaterat till arbete med SIP vid baslinjen och vid uppföljningen. Skillnader mellan mätningarna är redovisade enligt Chi-2 test.**

Fråga	Baslinjemätningen			12-mån. uppföljning			Chi-2 test		
	Ja % (n)	Nej % (n)	Vet ej % (n)	Ja % (n)	Nej % (n)	Vet ej % (n)	X <sup>2</sup>	df	p
Möter du i ditt nuvarande arbete individer som kan vara i behov av att en SIP upprättas? (n = 337)	94,4 (318)	1,8 (6)	3,8 (13)	95,5 (322)	3,0 (10)	1,5 (5)	55,7	4	<,001
Har du någon gång varit delaktig i ett arbete som omfattar en SIP? (n = 337)	73,9 (249)	23,1 (78)	3,0 (10)	89,6 (302)	9,5 (32)	0,9 (3)	28,2	4	<,001
Har du någon gång vid din nuvarande arbetsplats varit delaktig i upprättandet av en SIP? (n = 236)	87,7 (207)	11,4 (27)	0,8 (2)	87,7 (207)	11,8 (28)	0,4 (1)	9,4	4	,050
Har du någon gång vid din nuvarande arbetsplats, själv tagit initiativ till att en SIP upprättats? (n = 235)	66,4 (156)	29,8 (70)	3,8 (9)	75,7 (178)	23,0 (54)	1,3 (3)	70,0	4	<,001
Har det under de senaste 6 månaderna förekommit en situation där du avstått från att upprätta en SIP där det fanns skäl till att göra det (n = 231)	13,8 (32)	68,8 (159)	17,3 (40)	16,9 (39)	69,4 (158)	14,7 (34)	22,1	4	<,001
Finns det en särskild mall tillgänglig i er verksamhet för upprättande av en SIP? (n = 231)	71,0 (165)	13,4 (31)	15,2 (35)	83,1 (192)	9,5 (22)	7,4 (17)	24,4	4	,001

Det var inte någon signifikant förändring i genomsnittligt antal SIP som genomförts per person före och efter utbildningen oavsett om de var självinitierade eller initierade av andra (tabell 8). Att andelen personer som har gjort åtminstone en SIP ökat men att det genomsnittliga antalet SIP inte förändrats bör innebära ett totalt ökat antal SIP. Det var i genomsnitt 0,21 (SD = 3,8) fler SIP senaste månaden och 0,5 (SD = 16,4) fler de senaste sex månaderna vid uppföljningen.

**Tabell 8. Medelvärde och standardavvikelse för antal SIP man deltagit i och initierat senaste 30 dagarna och de senaste 6 månaderna. Resultat från t-test för relaterade grupper är redovisade.**

Fråga	n	Baslinjemätningen		12-mån. uppföljning		t-test		
		Medel	SD	Medel	SD	t	df	p
Antal SIP deltagit i senaste 30 dagarna	185	1,77	2,34	1,98	3,60	,74	184	,42
Antal SIP deltagit i senaste 6 månaderna	184	7,46	9,50	7,97	15,91	,42	183	,68
Antal SIP initierade senaste 30 dagarna.	137	1,75	3,21	1,80	3,84	,11	136	,91
Antal SIP initierade senaste 6 månaderna.	137	6,19	14,15	6,72	17,62	,30	136	,77

I enkäten fanns även två frågor om respondenternas uppfattning av förbättringar under det senaste året avseende brukarinflytande och samverkan med andra verksamheter (ej redovisade i tabell). Totalt uppfattade 50,8 procent åtminstone någon förbättring i samverkan med andra under uppföljningsåret medan samma siffra var 46,8 procent året före utbildningen. På frågan om förbättringar i brukarinflytande svarade 52,7 procent att de upplevde förbättringar i åtminstone någon grad under året efter utbildningen medan 50,2 procent av respondenterna uppfattade förbättringar i brukarinflytandet året innan utbildningen. Ingen av dessa förändringar var dock signifikanta

**Tabell 9. Andelar (%) och antal som svarat vid båda tillfällena på frågor relaterat till konsekvenser av upprättande av SIP. Vid baslinjen och vid uppföljningen. Skillnader mellan mätningarna är redovisade enligt Chi-2 test.**

Upplever du att upprättandet av en SIP generellt sett leder till att:	Baslinjemätningen		12-mån. uppföljning		Chi-2 test		
	Ja % (n)	Nej % (n)	Ja % (n)	Nej % (n)	$\chi^2$	df	p
Individen får inflytande och är delaktig i planering och genomförande av sin vård och omsorg? (n = 222)	83,8 (186)	16,2 (36)	88,7 (197)	11,3 (25)	20,9	1	<,001
Individen får adekvat stöd? (n = 223)	79,4 (177)	20,6 (46)	82,1 (183)	17,9 (40)	25,7	1	<,001
Utredningar påbörjas? (n = 224)	70,5 (158)	29,5 (66)	73,2 (164)	26,8 (60)	40,9	1	<,001
Insatser påbörjas? (n = 223)	82,1 (183)	17,9 (40)	84,3 (188)	15,7 (35)	17,5	1	<,001
Vård och omsorg underlättas för individen? (n = 221)	81,0 (179)	19,0 (42)	83,7 (185)	16,3 (36)	26,8	1	<,001
Ansvarsfördelningen för verksamheter tydliggörs? (n = 222)	91,0 (202)	9,0 (20)	95,0 (211)	5,0 (11)	10,6	1	,001
Den sammanhållande processen för vård och omsorg för enskilda individer förbättras? (n = 221)	81,4 (180)	18,6 (41)	82,4 (182)	17,6 (39)	19,6	1	<,001

I tabell 9 ovan framgår att det var en signifikant förändring av svarsfördelningen i upplevda konsekvenser av upprättande av en SIP. Den redan höga andelen som vid baslinjen uppfattade positiva konsekvenser av upprättande av en SIP ökade ännu mer efter utbildningen. Variabler som ger uttryck för förändringen i antalet SIP som respondenterna deltagit i mellan baslinjemätningen och uppföljningen, dels för de senaste 30 dagarna och dels för de senaste 6 månaderna skapades. Dessa användes sedan som beroende variabler i regressionsmodeller för att finna faktorer associerade med förändring i gjorda SIP. En linjär regressionsmodell med ålder, kön, arbetsområde, högsta utbildning, antal år på nuvarande arbetsplats och eventuell tidigare SIP-utbildning vid baslinjen som prediktorer för förändringen i antalet SIP under uppföljningsperioden skapades. Analysen visade att lägre ålder, ett större antal anställningsår på nuvarande arbetsplats och gymnasieutbildning som högsta utbildning predicerade ett högre antal SIP som respondenten deltagit i de senaste 30 dagarna (tabell 10).

**Tabell 10. Faktorer som i en linjär regressionsanalys förklarar antalet SIP som deltagits i under de senaste 30 dagarna och sex månaderna.**

Faktor	Beta	t	p
<b>Förändring i antal SIP som deltagits i under senaste 30 dagar</b>			
Ålder	-,073	-2,15	,033
Anställningsår på nuvarande arbetsplats	,13	2,27	,025
Utbildning	-1,35	-2,78	,006
<b>Förändring i antal SIP som deltagits i under senaste sex månader</b>			
Anställningsår på nuvarande arbetsplats	,76	3,10	,002
Utbildning	-4,48	2,05	,042
Arbetar inom psykiatri	-6,46	2,07	,040

Gymnasieutbildning som högsta utbildning, att inte arbeta inom psykiatri och antalet år på nuvarande arbetsplats förklarade ett högre antal SIP som individen deltagit i de senaste sex månaderna (tabell 12). De tre signifikanta faktorerna för förändring de senaste sex månaderna förklarar tillsammans dock bara 10,0 procent av variansen och de tre faktorerna för förändring de senaste 30 dagarna förklarar 11,0 procent av variansen. Att psykiatri inte har ökat sin rapportering av SIP kan bero på en tak-effekt, dvs, att det inom den sektorn gjordes flest SIP initialt.

**Tabell 12. I vilken utsträckning upplever du att samverkan med andra verksamheter har förbättrats under de senaste 12 månaderna (n = 310). Procentandelar vid baslinjen och uppföljningen med frekvenser inom parentes.**

	Baslinjemätningen % (n)	12-månaders uppföljning % (n)
I stor/mycket stor utsträckning	7,4 (23)	10,0 (31)
I någon utsträckning	40,3 (125)	40,0 (124)
I liten utsträckning	14,2 (44)	19,4 (60)
I mycket liten utsträckning	11,6 (36)	11,9 (37)
Ingen alls	26,5 (82)	18,7 (58)

I tabell 12 visas att deltagarna upplever att samverkan med andra verksamheter till viss del har förbättrats över tid med avseende på alternativet "I stor/mycket stor utsträckning". I en jämförande analys där svarsalternativen delats in i två kategorier: "I stor/mycket stor eller någon utsträckning" och "I liten/mycket liten eller ingen utsträckning", är skillnaden i andelar statistiskt signifikant ( $\chi^2 = 25,0$ ,  $df = 1$ ,  $p < ,001$ ) och indikerar att utbildningen har förändrat deltagarnas upplevelse av samverkan.

I tabell 13 nedan visas att deltagarna även upplever att brukarnas inflytande och medverkan förbättrats efter utbildningen. En jämförande analys, där svarsalternativen delats in i kategorierna "I stor/mycket stor eller någon utsträckning" och "I liten/mycket liten eller ingen utsträckning", visar att skillnaden mellan baslinjemätningen och uppföljningen är statistiskt signifikant ( $\chi^2 = 16,2$ ,  $df = 1$ ,  $p < ,001$ ). Detta indikerar att en något större andel upplever att brukarinflytandet ökat ett år efter utbildningen.

**Tabell 13. I vilken utsträckning upplever du att individer under de senaste 12 månaderna har fått ökat inflytande och är mer delaktiga i planering och genomförande av sin vård och omsorg (n = 309). Procentandelar vid baslinjen och uppföljningen med frekvenser inom parentes.**

	Baslinjemätningen % (n)	12-månaders uppföljning % (n)
I stor/mycket stor utsträckning	9,7 (30)	10,7 (33)
I någon utsträckning	41,1 (27)	41,7 (129)
I liten utsträckning	13,3 (41)	20,4 (63)
I mycket liten utsträckning	12,3 (38)	11,0 (34)
Ingen alls	23,6 (73)	16,2 (50)

## DISKUSSION

Denna studie har genomförts i syfte att dels beskriva samverkan enligt SIP mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten i Stockholms län och dels att undersöka förändringar i interorganisationell samverkan ett år efter genomförd SIP-utbildning. Utbildningen omfattade såväl hur man går tillväga vid upprättandet och vilka klienter som är i behov av en SIP. Samverkan mellan verksamheter har på rationella grunder bedömts leda till en bättre vård och omsorg av personer med komplex problematik och är därför stadgad i svensk lag. Hypotesen var att respondenterna rapporterar ett högre deltagande i och själv initierar ett större antal SIP vid uppföljningen ett år efter utbildningen jämfört med vid baslinjemätningen som gjordes före utbildningen. Chefer på enheter inom hälso- och sjukvård samt socialtjänsten har valt ut den personal som erhållit utbildningen. Majoriteten av de tjänster som varit aktuella innehas av kvinnor och kräver utbildning på universitets- eller högskolenivå. Detta har medfört att de som svarat på enkäten till övervägande del även är kvinnor med högskoleutbildning.

Från baslinjemätningen framgår att majoriteten av deltagarna varit delaktiga vid upprättandet av en SIP, även om de inte har gått någon SIP-utbildning tidigare. Det har emellertid förekommit olika andra samverkansutbildningar som har påverkat personalens arbetssätt. Den uppföljande mätningen visade också att majoriteten bekräftade att det finns en särskild SIP-mall tillgänglig i deras verksamhet och att denna används gemensamt av flera verksamheter i syfte att upprätta en SIP. Vidare visade resultaten att antalet SIP som genomförts under

uppföljningsåret har ökat något men att denna skillnad inte är statistiskt signifikant. Dock ökade andelen personer som svarade att de någon gång varit delaktiga i ett arbete som omfattar en SIP, vilket trots allt bör innebära att det totala antalet SIP har ökat som en effekt av utbildningen. En liknande tendens visades i svaren på frågan om respondenten själv initierat en samverkan. Dock förändrades antalet genomförda SIP per person väldigt lite efter utbildningen. En ökning av andelen som gör SIP men ett oförändrat antal SIP per person medförde ett enbart marginellt ökat antal SIP efter utbildningen. Detta ger visst stöd åt Museux et al. som också rapporterade en ökad benägenhet att upprätta gemensamma handlingsplaner efter en utbildning i samverkan [28].

Andelen som svarat att de är osäkra på vilka klienter som är i behov av en SIP har minskat efter utbildningen, vilket indikeras av en lägre andel "Vet ej" svar på frågorna om respondenterna i sitt arbete träffar människor i behov av en SIP och om man avstått att upprätta en SIP trots att situationen kräver det. Förändringarna är dock små och ska tolkas med försiktighet men vissa positiva tendenser finns. Vi ser även tendenser till att majoriteten av deltagarna är positivt inställda till SIP, exempelvis genom att man upplever att ansvarsfördelningen för verksamheter tydliggörs och att individen får inflytande och är delaktig i planering och genomförande av sin vård och omsorg. Samtidigt verkar det finnas en del luckor i respondenternas SIP-mallar. Över hälften svarade "Nej" eller "Vet ej" på frågor om SIP-mallen innehåller uppgifter om individens sysselsättning, boendesituation och om det finns närstående utöver barn som påverkas.

Deltagarna fick även svara på frågan om vilken verksamhet som varit lättast respektive svårast att samverka med under de senaste 12 månaderna. Här framkom att majoriteten av de svarande inom psykiatrin och beroendevården anser att socialtjänsten varit lättast att samverka med. Från svaren framgår även att psykiatrin är den verksamhet som flest deltagare inom beroendevården och socialtjänsten upplevt som svårast att samverka med under de senaste 12 månaderna.

Verksamheter inom Stockholms läns landsting har gemensamt att de använder patientjournalssystemet "Take Care", i vilken SIP-mallen finns tillgänglig. Detta blev tydligt då nästan 80 procent och drygt 85 procent av deltagarna som arbetar inom psykiatrin respektive beroendevården vid baslinjemätningen kände till att det finns en mall tillgänglig. Motsvarande siffra hos deltagare från socialtjänsten var drygt 60 procent. Ett troligt sätt att förbättra samverkan enligt SIP vore därför att göra samma SIP-mall tillgänglig i samtliga verksamheter och att mer konsekvent utbilda personal. Efter att ha deltagit i utbildningen var det också en större andel personal som kände till att det finns en SIP-mall tillgänglig i verksamheten. Vidare var det en något större andel personer som svarade att de i sitt nuvarande arbete möter klienter i behov av en SIP. Det kan tolkas som att respondenterna genom utbildningen har fått kunskap om vilka personer som behöver en SIP och vilka som inte behöver en, vilket kan ha medfört att andelen som inte vet minskat. Att avstå från att upprätta en SIP fastän det är befogat innebär att respondenten åtminstone kan bedöma när en SIP är befogad. Eftersom färre svarat "Vet ej" indikerar det att osäkerheten har minskat efter utbildningen. Sammantaget kan dessa resultat vara en indikation på att användningen av mallen ökat.

Vidare visade resultaten också att yngre med högst gymnasieutbildning och som arbetat en längre tid på samma arbetsplats är de som i störst utsträckning förändrat sitt arbetssätt efter utbildningen. Detta antyder då att äldre med högskoleutbildning har mer inarbetade rutiner

vilket kan påverka deras vilja till förändring. De som arbetar inom psykiatri rapporterar dock vid uppföljningen ett minskat deltagande i SIP-arbete de senaste 6 månaderna. Slutligen var det en något större andel respondenter som vid uppföljningen rapporterade att de upplever att både samverkan och brukarinflytandet har förbättrats, vilket kan tolkas som att den genomförda SIP-utbildningen till viss del har förändrat samverkan.

### **Svagheter med studien**

Det urval personal som fick möjlighet att delta på utbildningen var selekterat och vi har ingen information om på vilka grunder denna selektion skedde. Det innebär att det är svårt att generalisera resultaten till att gälla även för dem som inte gått utbildningen. En ytterligare svaghet med föreliggande studie är bristen på en jämförande kontrollgrupp som inte deltagit i utbildningen. Våra resultat skulle kunna vara konsekvenser av något som vi ej kunnat kontrollera för och som påverkat deltagarna till att samverka, eller inte samverka. Vi har därför designat studien så att deltagarna är sina egna kontroller och vi ställde därför frågor om förändringar i samverkan och brukarinflytande under de senaste sex och tolv månaderna både vid baslinjemätningen och vid uppföljningen.

### **Konklusion**

Användandet av SIP innebär att olika yrkesgrupper samverkar kring en klient som då kan få olika vårdbehov tillgodosedda. Dock upprättas ett otillräckligt antal SIP och anledningen skulle kunna vara okunskap om tillvägagångssättet vid upprättandet. En utbildning i hur man upprättar en SIP kan möjligtvis öka antalet SIP som genomförs. En uppföljning av utbildningen visar att ett år efter utbildningen har osäkerheten kring upprättandet av SIP minskat och fler har vetskap om en tillgänglig SIP-mall, men trots det så har inte antalet genomförda SIP ökat. Dock har vi svaga indikationer på att arbete med SIP har ökat något. För att öka samverkan mellan organisationer och personalgrupper bör utbildningen av olika yrkeskategorier integreras redan tidigt så att en följande hierarkisk skiktning undviks. Med andra ord, ett sätt att undvika att individer i sin utbildning förvärvas en likriktad förhållning på olika fenomen är att genom interaktion få en ökad förståelse för andra yrkeskategoriers synsätt. En gemensam mall för personal inom samtliga berörda organisationer bör också finnas tillgänglig för att underlätta och göra arbetet mer samstämmigt. Dessutom bör olika samverkande yrkeskategorier anställas i en och samma organisation som med viss framgång gjorts i Norrtäljemodellen [20].

## REFERENSER

1. Källmén H, Hed A, Elgán TH: **Collaboration between community social services and health care institutions - the use of a Collaborative Individual Plan.** *Accepted in Nordic Studies on Alcohol and Drugs.*
2. Axelsson R, Axelsson SB: **Integration and collaboration in public health—a conceptual framework.** *The International journal of health planning and management* 2006, **21**(1):75-88.
3. **Att ge ordet och lämna plats. Vägledning om brukarinflytande inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevård.** In. Stockholm, Socialstyrelsen; 2003.
4. Van der Klauw D, Molema H, Grooten L, Vrijhoef H: **Identification of mechanisms enabling integrated care for patients with chronic diseases: a literature review.** *International journal of integrated care* 2014, **14**(3).
5. Hudson B: **Interprofessionality in health and social care: the Achilles' heel of partnership?** *Journal of interprofessional care* 2002, **16**(1):7-17.
6. Exworthy M, Peckham S: **The contribution of coterminosity to joint purchasing in health and social care.** *Health & place* 1998, **4**(3):233-243.
7. Ahgren B, Axelsson R: **Evaluating integrated health care: a model for measurement.** *International journal of integrated care* 2005, **5**(3).
8. Ahgren B, Axelsson R: **A decade of integration and collaboration: the development of integrated health care in Sweden 2000–2010.** *International journal of integrated care* 2011, **11**(5).
9. Cameron A, Lart R: **Factors Promoting and Obstacles Hindering Joint Working: A Systematic Review of the Research Evidence.** *Journal of Integrated Care* 2003, **11**(2):9-17.
10. Cameron A, Lart R, Bostock L, Coomber C: **Factors that promote and hinder joint and integrated working between health and social care services: a review of research literature.** *Health & social care in the community* 2014, **22**(3):225-233.
11. Maslin-Prothero SE, Bennion AE: **Integrated team working: a literature review.** *International journal of integrated care* 2010, **10**:e043.
12. Drennan V, Iliffe S, Haworth D, Tai SS, Lenihan P, Deave T: **The feasibility and acceptability of a specialist health and social care team for the promotion of health and independence in 'at risk' older adults.** *Health & social care in the community* 2005, **13**(2):136-144.
13. Cameron A, Macdonald G, Turner W, Lloyd L: **The challenges of joint working: lessons from the Supporting People Health Pilot evaluation.** *International journal of integrated care* 2007, **7**:e39.
14. Holtom M: **The partnership imperative: joint working between social services and health.** *J Manag Med* 2001, **15**(6):430-445.
15. Glasby J, Martin G, Regen E: **Older people and the relationship between hospital services and intermediate care: results from a national evaluation.** *Journal of interprofessional care* 2008, **22**(6):639-649.
16. Magnusson A, Lutzen K: **Factors that influence collaboration between psychiatric care and CSSs: experiences of working together in the interest of persons with long-term mental illness living in the community.** *Scand J Caring Sci* 2009, **23**(1):140-145.

17. Widmark C, Sandahl C, Piuva K, Bergman D: **Barriers to collaboration between health care, social services and schools.** *International journal of integrated care* 2011, **11**:e124.
18. Hultberg EL, Glendinning C, Allebeck P, Lonnroth K: **Using pooled budgets to integrate health and welfare services: a comparison of experiments in England and Sweden.** *Health & social care in the community* 2005, **13**(6):531-541.
19. Back MA, Calltorp J: **The Norrtaelje model: a unique model for integrated health and social care in Sweden.** *International journal of integrated care* 2015, **15**:e016.
20. Bäck M, Calltorp J: **The Norrtaelje model: a unique model for integrated health and social care in Sweden.** *International journal of integrated care* 2015, **15**(6).
21. Stahl C, Svensson T, Petersson G, Ekberg K: **Swedish rehabilitation professionals' perspectives on work ability assessments in a changing sickness insurance system.** *Disabil Rehabil* 2011, **33**(15-16):1373-1382.
22. Liljegren A: **Strategic collaboration councils in the mental health services: what are they working with?** *International journal of integrated care* 2013, **13**:e009.
23. Mossberg L: **Strategic collaboration as means and end: views from members of Swedish mental health strategic collaboration councils.** *Journal of interprofessional care* 2014, **28**(1):58-63.
24. Sommers LS, Marton KI, Barbaccia JC, Randolph J: **Physician, nurse, and social worker collaboration in primary care for chronically ill seniors.** *Arch Intern Med* 2000, **160**(12):1825-1833.
25. Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM: **Implementation research: a synthesis of the literature.** 2005.
26. Conti G, Bowers C, O'Connell MB, Bruer S, Bugdalski-Stutrud C, Smith G, Bickes J, Mendez J: **Examining the effects of an experiential interprofessional education activity with older adults.** *Journal of interprofessional care* 2016, **30**(2):184-190.
27. Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M, Koppel I: **Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes.** *Cochrane Database of systematic reviews* 2008, **1**(1).
28. Museux A-C, Dumont S, Careau E, Milot É: **Improving interprofessional collaboration: The effect of training in nonviolent communication.** *Soc Work Health Care* 2016:1-13.