MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS

Akademin för hälsa, vård och välfärd

SAMORDNAD INDIVIDUELL PLAN

En systematisk litteraturöversikt

LINUS FROST
LINN OTTISDOTTER

Huvudområde: Socialt arbete
Nivå: Avancerad
Högskolepoäng: 15
Program: -
Kursnamn: Examensarbete i socialt arbete
Kurskod: SAA043_SAA062

Handledare: Anna-Lena Almqvist
Examinator: Gunnel Östlund

Seminariedatum: 2021-01-15
Betygsdatum: 2021-02-02

SAMMANFATTNING

SBU identifierade 2013 en kunskapslucka gällande samordnade vårdplaner för personer med psykisk funktionsnedsättning. Denna kunskapslucka skapade en nyfikenhet om hur forskningen ser ut inom området. Syftet är att kartlägga forskningen gällnade samordnad individuell plan (SIP) och Individuell plan (IP) för personer med psykisk funktionsnedsättning utifrån både patientens och professionellas perspektiv samt kartlägga samverkan och kunskapen hos de professionella. Under arbetets gång framkom det att Norge hade liknande lagstiftning som Sverige med individuell plan (IP) varav även Norge inkluderades i uppsatsen. Inkluderade syfte ska innehålla samordnad individuell plan eller individuell plan. Metoden kan vara av med kvantitativ eller kvalitativ art. Populationen ska bestå av personer med psykisk funktionsnedsättning eller professionella inom socialtjänst och hälso- och sjukvård som arbetar med samordnad individuell plan med personer som har en psykisk funktionsnedsättning. Peer reviewed artiklar inkluderas. Språket ska vara svenska eller engelska. Artiklar som enbart hanterar somatisk sjukdom och samordnade individuella planer exkluderades. Rapporter, som ej är peer reviewed, från exempelvis SKR eller annan myndighet exkluderades. Artiklar som inte är skrivna på svenska eller engelska exkluderades. Sökningarna genomfördes i PubMed, APAPsycInfo, Academic search Elite, Cinahl Plus, MEDLINE, APA PsycArticles, APA PsycInfo, SocINDEX, Social Services Abstract, Swemed+, SwePub, Socialvetenskaplig tidsskrift. Följande nyckelord inkluderas i sökningen: Samordnad individuell plan, Individual plan, Coordination, Mental disorders, Mental retard*, Mental disab*, Patient care managment. Totalt 8 artiklar inkluderades i uppsatsen. Viktigaste resultaten är att det är omfattande kunskapsbrist i hur SIP/IP-processen går till. Det finns olika tolkningar i olika delar av länderna samt olika uppfattning inom hälso-och sjukvården och i socialtjänsten på hur SIP/IP ska gå till. Ett annat resultat var att SIP/IP-processen blir personbunden. I Norge är det lagstadgat att en koordinator ska utses, vilket saknas i svensk lagstiftning. Utifrån vilken person som blir en koordinator eller samordnare bli SIP/IP-processen olika. Analysen visade på att *boundary spanners* skulle kunna fungera för att möjliggöra god samverkan mellan organisationer och således förenkla SIP/IP-processen. Samtidigt blir SIP/IP-processen sårbar om planeringen är uppbunden på en person. Ett kommunikationssystem, dokumentationsmall och ett nationellt tillvägagångssätt skulle också kunna underlätta SIP/IP-processen visar analysen.

Författarna föreslår ytterligare forskning på SIP/IP som en intervention. Diskussion förs i uppsatsen om en möjlighet till fritt val av kommunala insatser, likt det fria vårdvalet.

Samordnad individuell plan – En systematisk litteraturöversikt
Author(s): Linus Frost & Linn Ottisdotter
Mälardalen University School of Health, Care and Social Welfare
Master's Programme in Health and Welfare: Social Work Thesis in Social Work,
15 credits Spring term 2020

ABSTRACT

Swedish agency for health technology assessment and assessment of social services (SBU) published a scientific study on a knowledge gap in coordinated planning for people with mental disabilities. The aim of our paper is to identify research relevant regarding coordinated individual plans (SIP) and individual plan (IP) for people with mental disabilities from both the patient's and professional perspectives and investigate the collaboration and knowledge of the professionals. Inclusion criteria was qualitive and quantitative studies with an aim to study coordinated individual plans for individuals with mental disabilities. Studies in English, Swedish and studies from Scandinavia were included. The searches were performed on the following databases: PubMed, APAPsycInfo, Academic search Elite, Cinahl Plus, MEDLINE, APA PsycArticles, APA PsycInfo, SocINDEX, Social Services Abstract, Swemed+, SwePub, Socialvetenskaplig tidsskrift. Keywords for the searches were Samordnad individuell plan, Individual plan, Coordination, Mental disorders, Mental retard*, Mental disab*, Patient care management. Eight studies were included as reference material in our paper.

A result of our studies of the publishing's we found that Norway and Sweden have similar legislation for the SIP/IP process. Hence Sweden and Norway are included as subjects for study in this essay. Results was that professions within healthcare and social services both have a lack of knowledge of the SIP/IP process. Furthermore both countries act quite similar, however there is a difference in interpretation in different parts of the respective country in how the planning-process works. The most important results are that there is an extensive lack of knowledge in how the SIP/IP process works. Another result was that the SIP/IP process becomes personal. In Norway, it´s mandatory for a coordinator to be appointed, this is lacking in the Swedish legislation. Depending on which person becomes coordinator, the SIP/IP process is regarded differently and thus end sup different. The analysis showed that boundary spanners could work to enable good collaboration between organizations and thus simplify the SIP/IP process. At the same time, the SIP/IP process becomes vulnerable if the planning process is tied to one person. The analysis shows that a communication system, documentation template and a national approach could also facilitate a homogenous SIP/IP process.

Key words: Coordinated individual plan, Lack of knowledge, Process of planning, Cooperation between authorities

INNEHÅLL

1. INLEDNING 1

1.1. Syfte 3

1.2. Frågeställningar 3

2. BAKGRUND 3

2.1. Organisationsteori 3

2.2. Organisering i kommun, län och region i Sverige och Norge 5

2.2.1. Kommunens självstyre 6

2.2.2. Sjukvårdens organisering 6

2.3. Samordnade individuella planer i Norden 7

2.3.1. Skandinaviska Välfärdsmodellen 7

2.3.2. Samordnade individuella planer i Norge 7

2.3.3. Samordnad individuella planer i Danmark 8

2.3.4. Finland 8

2.4. Samordnade individuella planer i Sverige 8

2.4.1. Samordnad individuell plan (SIP) 8

2.4.2. Samordnad vårdplan enligt tvångsvårdslagstiftning 9

2.4.3. Skillnaden mellan SIP och samordnad vårdplan enligt LRV och LPT 9

2.4.4. Samverkanslagen 9

2.4.5. Utvärdering av samordnad vård- och omsorgsplanering och samverkanslagen 10

2.5. Definitioner 11

3. METOD 12

3.1. Etiska överväganden 12

3.2. Design 13

3.3. Datainsamling 13

3.4. Sökstrategi 14

3.5. Urval av studier 14

3.5.1. Avgränsning 14

3.5.2. Inklusions- och exklusionskriterier 14

3.5.3. Urval efter sökning 14
3.5.4. Värdering av artiklar 15
3.5.5. Flödesschema för urval av artiklar 16
3.6. Analysmetod 17
4. RESULTAT OCH ANALYS 19
4.1. Personbundenhet 19
4.1.1. Personbunden koordinatorsroll utifrån professionellt perspektiv 19
4.1.2. Personbunden koordinatorsroll ur patientperspektiv 21
4.2. Analys personbundenhet 22
4.3. Geografisk skillnad 23
4.4. Analys av geografiska skillnader 24
4.5. Organisatoriska prioriteringar 25
4.5.1. Prioriteringar av patienter 25
4.5.2. Organisationens begränsningar av professionen 26
4.6. Analys av Organisatoriska begränsningar 28
4.7. Hierarki 28
4.7.1. Hierarki mellan myndigheter 28
4.7.2. Professionerna hierarkiska ordning 29
4.8. Analys av Hierarki 30
4.9. SIP/IP processen 31
4.9.1. Professionens kunskapsbrist 31
4.9.2. Dokumentation 32
4.10. Analys av SIP/IP-processen 33
5. DISKUSSION 34
5.1. Hur påverkar SIP/IP samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård? 34
5.2. Hur ser betydelsen av SIP/IP ut när det gäller påverkan på patientens livssituation? 35
5.3. Hur ser kunskapen ut gällande SIP/IP-processen hos de professionella som ska genomföra en SIP/IP-process? 35

5.4. Socialt arbete i hälso- och sjukvården 36

5.5. Metodologisk diskussion 37

5.6. Etisk diskussion 38

5.7. Slutsatser och författarnas kliniska erfarenhet 38

5.7.1. Författarnas kliniska erfarenheter av SIP/IP-processen 38

5.7.2. Slutsatser 39

REFERENSLISTA 41

BILAGA A - CHECKLISTA

BILAGA B - FULLTEXTURVAL

BILAGA C - SÖKNINGSHISTORIK

1. INLEDNING

Psykisk ohälsa och psykisk sjukdom har varit en del av det sociala arbetet från när socialt arbete började utvecklas som profession (Johansson, 2017). Psykiatrireformen 1995 förändrade samhällets sätt att arbeta med delaktighet och gav kommunerna i Sverige ett ökat ansvar kring vård och omsorg för människor med en komplex problematik (SBU, 2017). Syftet med reformen var att öka livskvalitén och delaktighet i samhället för personer med långvarig psykisk sjukdom. Innan psykiatrireformen 1995 låg ansvaret mer uppdelat enskilt på kommun och region (Proposition 1993/94:218). I och med reformen ställdes högre krav på kommunerna att ordna boendeformer och meningsfull sysselsättning för människor med psykisk funktionsnedsättning. Kommunerna fick därför ett ökat behov utan samordning och samverkan med hälso- och sjukvård och skola (SBU, 2017). Även hälso- och sjukvården, främst psykiatrin, har i och med reformen genomgått stora och genomgripande förändringar (Proposition 1993/94:218, 1994). Slutenvårdsplatserna minskade och man stärkte upp arbetet inom öppenvården. Under förändringsprocessen efter psykiatrireformen far många med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning illa då alternativa behandlingsformen ännu inte var tillräckligt utbyggda när slutenvårdsplatserna lades ner (Proposition 1993/94:218, 1994). Kommunerna och regionerna hade stora svårigheter att möta det behov som fanns och detta berodde mycket på resursbrist samt att man inte hann göra om och utveckla sina verksamheteter i den takt det krävdes (Proposition 1993/94:218, 1994). Ett ökat behov av samverkan och samordning uppstod för att förhindra att människor inte får den insatser de är beviljade samt att personer skulle få bättre stöd (SBU, 2017). Samverkan förordades för att möta den växande komplexiteten i patienternas och brukarnas behov, vilket ökade efterfrågan i form av samarbete av ett sammansatt stöd från olika huvudmän och professioner, kommunerna och regionerna (SBU, 2017).

Den ökade efterfrågan efter samordningen ledde så småningom till att Sverige sedan 2010 har en lagstiftning gällande samordnad individuell plan (SIP). I propositionen 2008/09:193 ”Vissa psykiatrifrågor m.m.” framkommer det att ingen generell regel fanns om att hälso- och sjukvården och socialtjänsten behöver upprätta individuella planer (SIP) tillsammans. Behovet av att lagstifta detta framkom utifrån behovet av att samordna insatserna från både kommun och region (SBU, 2017).

SIP ska upprättas tillsammans med den enskilde om insatser från både socialtjänsten och hälso-och sjukvården behöver samordnas. Syftet är att samverka. En fungerande samverkan förenklar för att patienten och dess anhöriga, då syftet är att de själva inte ska behöva söka och ansöka om insatser från kommunen och regionen utan att de ska få hjälp med denna samordning (SKR, 2020). Om behovet finns ska en Samordnad individuell plan (SIP) upprättas tillsammans med den enskilde och det är tillsammans med den enskilde en professionell kontakt inom kommunen eller regionen förbereder SIP samt ser över behovet av insatser. Detta gäller oavsett personens ålder eller funktionsnedsättningar. Syftet med SIP är att tydliggöra vilken insats som varje huvudman är ansvarig över samt när insatsen ska genomföras (SKR, 2020).

Syftet med lagändringen 2010 var att det skulle finnas en generell regel gällande individuella planer (SIP) och att säkerställa att huvudmännen samarbetar med varandra. Regeln syftar också till att säkerställa att individens samlande behov av socialtjänst och hälso- och sjukvård tillgodoses (Prop. 2008/09:193, 2009, ss. 18-19). Sedan 2010 har lagstiftningen funnits i Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och Socialtjänstlagen (2001:453). Nästintill identisk lydelse gällande SIP återfinns i både HSL 16 kap 4 § och SOL 2 kap 2 §. Denna lydelse är:

”När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med regionen upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om kommunen eller regionen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska det 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 regionen, och*
4. *vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen* (Lag 2019:909)*”*

I ovan citat visar lagstiftaren att socialtjänsten är ansvarig för SIP. I HSL (2017:30) 16 kap 4 § (2019:97) finns en likvärdig skrivelse som innebär att hälso- och sjukvården är lika ansvarig för SIP som kommunens socialtjänst.

I propositionen ”Vissa psykiatrifrågor mm” skriver lagstiftaren att syftet med likalydande paragrafer i SOL och HSL är att tydliggöra att båda huvudmännen har lika stort ansvar för samordningen och undvika ansvarsförskjutning till den andre huvudmannen. (Prop. 2008/09:193)

Författarna har valt att fördjupa sig och titta närmre på SIP samt vilken forskning som finns inom området. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har en lista på kunskapsluckor inom forskning. SBU har identifierat kunskapslucka gällande samordnad individuell vårdplanering vid psykisk funktionsnedsättning (SBU, 2013). Efterforskningar gällnade Nordens länder visade sig att Norge har en snarlik lagstiftning gällande samordning som Sverige. I Norge heter den samordnade planeringen Individuell plan (IP). För att få tillräckligt med underlag samt då lagstiftningen gällande SIP/IP är snarlik länderna inkluderades Norge i denna studie. Syftet med SIP likväl som IP är att öka samordningen och förenkla för patienten och dess anhöriga gällande insatser etcetera.

Studiens syfte är att genom en systematisk litteraturöversikt kartlägga forskning gällande SIP/IP för att se om den har en påverkan på samverkan samt hur det i praktiken fungerar med SIP/IP. Vi har valt att fokusera på att se om det finns forskning berör personer med psykisk funktionsnedsättning och SIP/IP.

1.1. Syfte

Syftet är att kartlägga forskningen gällnade samordnad individuell plan (SIP) och Individuell plan (IP) för personer med psykisk funktionsnedsättning. Syftet ämnar kartlägga hur SIP/IP kan påverka samverkan och utifrån detta utröna om SIP/IP har någon inverkan för patientens livssituation. Vidare ämnar syftet till att utröna eventuella kunskapsbrist om SIP/IP hos de professionella.

1.2. Frågeställningar

- Hur påverkar SIP/IP samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård?
- Hur ser betydelsen av SIP/IP ut när det gäller påverkan på patientens livssituation?
- Hur ser kunskapen ut gällande SIP/IP-processen hos de professionella som ska genomföra en SIP/IP-process?

2. BAKGRUND

I tidigare forskning finns det mycket som hanterar samverkan mellan myndigheter så som hälso- och sjukvård och socialtjänst. Dock är forskningen på SIP/IP begränsad, vilket också framkommer i SBU:s kunskapslucka (SBU, 2013). Tidigare forskning kommer beröra samverkans- och organisationsforskning mer än forskning på specifikt SIP/IP.

2.1. Organisationsteori

Varje organisation har ett syfte och ett mål. Organisationerna arbetar mot att dessa mål och syften ska uppfyllas. Organisationer kan betraktas som produktionssystem och enheter som ska lösa olika uppgifter (Jacobsen & Thorsvik, 2010).

Hierarki finns inom de flesta organisationer vilket leder till en vertikal kommunikation och ledning. Med hierarki menas det att organisationen etablerar överordnade befattningar som ger personer inom organisationen en viss formell ställning och befogenhet att ge order som har underordnande befattningar. Likväl förkommer informella hierarkier som medför att vissa professioner anses ha större makt än andra (Jacobsen & Thorsvik, 2010).

Något som är viktigt inom och mellan organisationer är kommunikation. På dessa byggs hierarkier, ledningsprinciper, standardisering och administrativ styrning. Inom organisationer som bygger på samverkan, exempelvis välfärdsorganisationer, blir kommunikationer mellan organisationer ytterst viktig. Olika organisationer bygger upp egna kommunikationsverktyg, kommunikationsnorm, kommunikationsplattformar (Jacobsen &

Thorsvik, 2010). För at organisationen ska klara av att hantera komplexa syften och mål genomförs en organisatorisk specialisering i syfte att tydliggöra de interna organisatoriska gränserna och således vilken uppgift som organisationen ska lösa. Samverkan och kommunikationen mellan myndigheter är lagstiftad i exempelvis i lag (2017:612) som samverkan vid utskrivning från slutenvård. Där stipuleras på vilket sätt organisationerna ska kommunicera med varandra (SFS 2017:612).

Patienter som kan ha behov av samverkan mellan myndigheter har i regel komplexa behov och en livssituation som rymmer olika svårigheter. Socialtjänst och hälso- och sjukvård är organisatoriskt specialiserade. Komplexa behov skapar en svårighet för den specialiserade väl avgränsade organisationen eftersom problematiken inte inryms i arbetsbeskrivningen. Grell (2016) menar att i ljuset av detta kan specialisering närmast ses som kontraproduktivt i fråga om samverkan. Hälso- och sjukvårdskuratorn är en profession som står med ena foten i att se patients behov och den andra foten i att se och förstå organisationens förutsättningar (Sernbo, 2019)

Grell et al. (2013) skriver att organisatorisk specialisering leder till att professionen kan bli experter inom ett väl avgränsat område. Exempelvis är psykiatri en specialisering inom medicin. Specialiseringen leder till en fragmentisering av välfärdssystemet där välfärdsaktörerna inte har en helhetssyn. Grells (2013) skriver om att koordinator möjliggör samverkan med de organisatoriska gränserna intakta. Samtidigt visar Grell (2013) på att det finns nackdelar med koordinering som missförstånd, oklar ansvarsfördelning och konkurrerande kunskapsanspråk.

Grell et al. (2016) pekar också på att den formella organiseringen ses som ett hinder för hjälpande relationer. Hjälpande relationer ses i denna kontext som relationen mellan professionen och patienten som i bred mening innebär en positiv förändring för patienten. Hindret för samverkan blev tydligast när professionen valde att vidmakthålla sina organisatoriska gränser. Motsatsen till detta beskriver Grell et. al (2016) som informell organisering och när enskilda professionella valde att gå något utanför sina organisatoriska gränser - så kallade *boundary spanners*. Grell (2016) pekar också på att enskilda professionella som använder sig av informell samverkan inom- och mellan organisationer kan ha en avgörande roll för patienters situation. Nordström et al (2016) skriver också om frontlinjebyråkrater, som kan ses som en variant av *boundary spanners*. Nordström et al (2016) skriver att frontlinjebyråkrater rör sig i gränslandet mellan organisationen och brukaren. Frontlinjebyråkraten måste både följa lagstiftningen, ledningen inom organisationen, ta hänsyn till patientens önskemål och behov samt komma över överens med andra professionella på en inter-professionell nivå (Nordström, Josephson, Hedberg, & Kjellström, 2016).

För att organisationerna ska klara av att samverka behövs vertikal och horisontell integrering inom och mellan organisationer. Med vertikal integrering mellan organisationer menas samsyn inom ledningssystem kring samverkan, tillräckliga resurser och implementera samverkansavtal på interorganisatorisk nivå. Integrering på horisontell nivå avser hur intentioner med samverkan hanteras av berörda professioner. Intentionerna behöver vara på interprofessionell och interorganisatorisk nivå. Om integrering har nått tillräckligt långt på

både horisontell och vertikal nivå uppstår förutsättningar för en fungerande och hållbar samverkan (Nordström, Josephson, Hedberg, & Kjellström, 2016). Utöver detta behövs en gemensam kommunikationsbas och kommunikationsverktyg (Jacobsen & Thorsvik, 2010).

2.2. Organisering i kommun, län och region i Sverige och Norge

Sveriges olika geografiska områden är indelade i olika områden som kallas för län, region och kommuner. Sverige är idag indelat i 21 olika län samt 290 kommuner. I alla län finns en länsstyrelse som representerar statens regionala företrädare och vars syfte är att vara en länk mellan det regionala och det nationella (Bäck, Larsson, & Erlingsson, 2011). Länsstyrelsens uppdrag är att ansvara för socialvårdsfrågor, regional samhällsplanering samt att samverka med myndigheter på både lokal, regional och central nivå (Bäck, Larsson, & Erlingsson, 2011).

Staten sätter upp ramar för hur kommunerna ska fatta olika beslut (SFS 2017:725). Utöver dessa ramar så har varje kommun ett visst självstyre. Detta innebär att varje kommun får fatta beslut i olika frågor, och att dessa beslut ska fattas inom de ramar som staten har bestämt (Regeringskansliet, 2015). Förenklat kan man säga att staten reglerar vad kommunen ska göra men inte hur de väljer att göra det (Bäck, Larsson, & Erlingsson, 2011).

Varje län i Sverige har en länsstyrelse som ansvarar för den statliga förvaltningen i länet. Länsstyrelsens ansvar är tvärsektoriellt, vilket innebär att myndigheterna i länet arbetar utifrån ett statligt helhetsperspektiv och sektorsövergripande. Länsstyrelsen balanserar för att verka för att nationella mål ska uppnås samt att regionala förhållanden och förutsättningar tillgodoses (Regeringskansliet, 2015).

Det viktigaste ansvarsområdet för regionerna är hälso- och sjukvården och det står för ca 80 procent av utgifterna i regionerna. Regionerna ansvarar utöver detta för folktandvård, utbildning samt kultur och stöd till länets näringsliv (Regeringskansliet, 2015). Regionerna finansieras genom regionskatter, statsbidrag samt avgifter, och regleras bland annat av kommunallagen (Regeringskansliet, 2015).

Norge har en geografisk indelning med fylken som motsvaras av län i Sverige. Varje fylke har en fylkesman (motsvarande landshövding) som är en statlig ämbetsman. Fylkesmannen väljs av regeringen och fylkesmannen leder en statlig myndighet som heter fylkesmansembetet., detta kan jämföras med Länsstyrelsen. Fylkena i Norge är indelade i kommuner. Norge har 356 kommuner. Fylkesmannen styr över och vägleder kommunerna om de regler som gäller i de kommunala organen. Dessa regler kan både vara allmänna, mer specifika juridiska frågor samt frågor relaterade till ekonomi. Fylkesmannen fungerar som en länk mellan staten och kommun (Region Värmland, 2020).

Fylkeskommuner motsvarar regioner i Sverige. Fylkeskommunerna leds av ett fylkesting, kan jämföras med regionfullmäktige i Sverige. Fylkestingen väljs vid de allmänna valet som är vart fjärde år. Som myndighetsorgan har landskommunerna en oberoende status till både

länsstyrelsen och i förhållande till kommunerna inom Norge. År 2002 överfördes ansvaret för sjukhusen i Norge från fylkeskommunerna till staten (Region Värmland, 2020).

2.2.1. Kommunens självstyre

Svenska kommuner lyder under kommunallagen (SFS 2017:725). Den ger kommunerna självbestämmande vilket innebär att kommunerna får självständigt ta beslut inom vissa områden såsom hur funktionshinderomsorgen ska organiseras (SKR, 2020). I socialtjänstlagen regleras specifika grupper som socialnämnden är ansvarig för (SOU, 2009). Utöver socialtjänst ansvar kommunen bland annat för grund- och gymnasieskolor enligt skollagen.

I Norge har kommunen kommunalt självstyre likt det i Sverige. Till skillnad från Sverige ligger primärvården inom den kommunala sektorn (Socialstyrelsen, 2007).

2.2.2. Sjukvårdens organisering

Regionerna i Sverige har fler ansvarsområden varav sjukvård är ett. Sjukvården är organiseras med primärvård som första linje, vilket ska vara basen i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Primärvård är öppenvård utan avgränsning i sjukdom, ålder eller patientgrupper. Primärvården står för den grundläggande medicinska behandlingen (Vetenskapsrådet, 2020).

Nästa steg är länssjukvården. Det är ett sjukhus men kan sakna vissa medicinska specialiteter. Därefter följer regionsjukvården som bedrivs i Sveriges sju universitetssjukhus. Där behandlas alla sällsynta och komplicerade sjukdomar. De regioner som inte har ett eget universitetssjukhus har avtal med närliggande regioner för att kunna erbjuda patienter specialiserad vård. Sista steget är nationell högspecialiserad vård centrerar kunskap och erfarenheter för att kunna ge de mest avancerade vården för alla patienter i hela Sverige. Inom denna vård behandlas också sällsynta sjukdomar (Vetenskapsrådet, 2020).

I alla dessa olika nivåer arbetar man tvärprofessionellt. Det innebär bland annat läkare, sjuksköterskor med flera. Men det är läkaren som beslutar om den medicinska vården utifrån att sjukvård är en medicinsk verksamhet (Vetenskapsrådet, 2020).

I Norge har landet rört sig mot en ökad grad av centraliserad styrning av hälso-och sjukvården (Vårdanalys, 2014:8). Staten har tagit över ägarskapet och finansieringen av sjukhusvården från den regionala nivån (fylkena). I samband med detta inrättades fem (numera fyra) regionala hälsoföretag. Hälsoföretagens ansvar är att beställa hälso- och sjukvård åt sina invånare. De regionala hälsoföretagen har ansvar över och styr egna hälsoföretag vilket består utav ett eller flera offentliga sjukhus (Vårdanalys, 2014:8).

I Sverige gäller begreppet “fritt vårdval” sedan 1 januari 2015 (SFS 2014:821). Detta är en ändring i patientlagen som innebär att man som patient har möjlighet att välja vård från hela Sverige. Tanken med denna ändring i lagen var att utöka valfriheten för patienterna samt att den är tänkt att minska de regionala skillnaderna. Detta innebär att patienterna får ett större

utbud av behandlingar att välja emellan. Syftet är även att jämna ut patientavgifterna över landet samt få en bredare sjukvårdskompetens över landet. Fritt vårdval gäller hela Sverige. Det som dock är viktigt att tillägga är att vårdgarantin enbart gäller i den egna regionen (1177 Vårdguiden, 2020).

Norge har liksom Sverige fritt behandlingsvalg (fritt vårdval). Det fungerar på samma sätt som i Sverige. Som medborgare har man rätt att välja vart man önskar ha sin vård, val kring behandling samt val av vård (Helse Norge , 2020).

2.3. Samordnade individuella planer i Norden

2.3.1. Skandinaviska Välfärdsmodellen

När sökning efter forskning på samordnad individuell plan behövde det utrönas om individuella planer finns i de övriga nordiska länderna samt om det finns i övriga världen. Individuella planer förekommer i olika former i de övriga nordiska länderna (Esbjörnson & Hagqvist, 2013). Dock återfanns det inte att samordnade individuella planer finns i länder utanför Norden. Detta kan bero på att välfärdsystemet i Norden är uppbyggt på ett annat sätt än i övriga världen (Meeuwisse & Swärd, 2002). Den skandinaviska välfärdsmodellen brukar karaktäriseras av relativt höga kostnader för välfärden, en generös offentligt finansiering samt en preventiv socialpolitik och sociala medborgerliga rättigheter (Meeuwisse & Swärd, 2002). I den skandinaviska välfärdsmodellen är exempelvis social- och vårdanställda huvudsakligen är anställda inom den offentliga sektorn. En annan sak som karaktäriseras i den skandinaviska modellen är att det finns ett starkt statligt ansvar i kombination med universalism och solidaritet i samhället. Detta medför att marknadens och familjens betydelse för den offentliga välfärden är mindre än i andra välfärdssystem som finns i andra delar av världen och hur andra länder är uppbyggda (Meeuwisse & Swärd, 2002). Ett exempel på detta är att kommunerna spelar en central roll i välfärdssystemet och som organisatörer för det sociala arbetet, istället för marknaden och familjerna som det gör i andra välfärdsystem. Ett annat exempel är att det finns en omfattande offentlig verksamhet för vård- och omsorg (Meeuwisse & Swärd, 2002).

Då den skandinaviska välfärdsmodellen till mycket bygger på den offentliga sektorn så som kommuner och regioner så kan man därefter dra slutsatsen att behovet av att samarbeta mellan kommuner och regioner är större i dessa länder. Individuella planer finns på olika sätt i de nordiska länderna. (Enheten för kliniska studier, 2016)

2.3.2. Samordnade individuella planer i Norge

I Norge är det liksom i Sverige lagstadgat enligt *pasientrettighetsloven* § 2–5 att individer har rätt till individuella planer och finns lagstadgat i *lov om kommunehelsetjenesten*. Där framgår det att det att det finns en skyldighet att utforma individuella planer för patienter med behov där samordning behövs (Esbjörnson & Hagqvist, 2013). Denna möjlighet har funnits sedan 2001 och utvidgades 2003 för att även inkludera socialtjänsten. En ny föreskrift var tillgänglig 2005. Kriteriet för att ha rätt till en individuell plan är att personen den individuella planen gäller behöver långvariga och sammansatta insatser. Den enskildes rätt till individuell plan motsvaras av en skyldighet för en myndighetsperson i en berörd verksamhet som tillsammans med personen ska genomföra en planering och upprättande av plan (Socialstyrelsen, 2007). Den berörda verksamhet som först upptäcker ett

samordningsbehov eller får en förfrågan har en skyldighet att påbörja processen med den individuella planen. I samband med detta har patienten även rätt till en huvudansvarig koordinator för den individuella planen (Socialstyrelsen, 2007). Målet med den individuella planen är synliggöra insatser som patienten kan tänkas behöva. I Norge är det den huvudansvarig koordinatorn som har samordningsvaret. Utifrån hur lagstiftningen ser ut i Norge ska den individuella planen ses som en översikt över den enskildes mål, resurser och eventuellt behov av insatser, där räknas även närståendes resurser in (Esbjörnson & Hagqvist, 2013). Den individuella planen i sig ger inte rätt till insatser utan syftet är att tydliggöra kring behov, det ska framgå utförare och mottagare samt vem som gör vad. Insatserna ska vara en följd av de mål och behov som den enskilde tillsammans med den huvudansvarig koordinatorn har tagit fram (Esbjörnson & Hagqvist, 2013). Enligt 6 § i föreskriften är det tre instanser som ansvarar för att en individuell plan tas fram, det är *Sosialtjenesten, Kommunhelsetjenesten* och *Helseforetaket* (specialisthelsetjenesten) och härunder institutioner för *psykiske helsevern* (Socialstyrelsen, 2007).

2.3.3. Samordnad individuella planer i Danmark

I Danmark finns individuella planer och då heter det *handleplaner*. Utifrån regleringen från den danska Socialstyrelsen gäller dessa när någon har en förvärvad hjärnskada. (Socialstyrelsen, 2015). Detta faller utanför uppsatsens syfte.

2.3.4. Finland

I Finland kallas motsvarigheten till individuell plan för *serviceplaner*. I denna plan kartläggs det vilka behov den enskilde har, vilken hjälp den enskilde önskar samt eventuella insatser (Esbjörnson & Hagqvist, 2013). I beskrivningen av serviceplaner framkommer att det behov av rehabilitering och hälsovård ska kartläggas och beskrivas, men skillnaden här är att den enskilde själv ska ta kontakten med den instansen där denna hjälp kan ges. *Serviceplaner* bygger på kommunens ansvar för den enskilde, utan landstingets medverkan. *Serviceplan* liknar SIP kring utförandet och tankegången men kan inte likställas då det inte bygger på samarbetet mellan kommun och landsting (Esbjörnson & Hagqvist, 2013).

2.4. Samordnade individuella planer i Sverige

I Sverige finns det två olika typer av individuella planer som kräver samordning. I SoL 2:7 och i HSL 16:4 regleras Samordnad individuell plan (SIP). Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV) regleras samordnad vårdplan.

2.4.1. Samordnad individuell plan (SIP)

SIP regleras i HSL 16:4 och i SoL 2:7. Det fastställs i lagstiftningen samt belyses i propositionen Vissa psykiatrifrågor m.m. (2009) att hälso- och sjukvården samt socialtjänsten har samma ansvar att tillsammans med patienten upprätta SIP om behov av detta finns och den enskilde samtycker. Om individen är ur stånd att kunna samtycka får en legal företrädare exempelvis god man eller förvaltare samtycka i patientens ställe. I propositionen Vissa psykiatrifrågor m.m. (2009) framkommer det också att det är den yrkesverksamma som först uppmärksammar behov av SIP som skall initiera planering och genomföra mötet. SIP nämns också i lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (samverkanslagen). I samverkanslagen stipuleras att samordnad individuell plan ska sammankallas, i samband med utskrivning från slutenvården, av de fasta

vårdkontakter in den regionfinansierade öppenvården om behov finns och patienten samtycker.

2.4.2. Samordnad vårdplan enligt tvångsvårdslagstiftning

Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV) har paragrafer som reglerar samordnad vårdplan inför öppen tvångsvård (LPT §7 och 7a & LRV §16b). Detta innebär tvångsvård där patienten inte är inneliggande på vårdinrättning (LPT §26 & LRV 6§). I LPT fastställs att samordnad vårdplan skall vara en del av vården. I LRV §16b hänvisas det till LPT §7a. Detta innebär att samordnad vårdplan skall innehålla samma uppgifter enligt LPT och LRV:

> En samordnad vårdplan ska innehålla uppgifter om det bedömda behovet av insatser från regionens hälso- och sjukvård och kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård, beslut om insatser och, så långt möjligt, patientens inställning till insatserna i vårdplanen, vilken enhet vid regionen eller kommunen som ansvarar för respektive insats, och eventuella åtgärder som vidtas av andra än regionen eller kommunen (LPT §7a)

2.4.3. Skillnaden mellan SIP och samordnad vårdplan enligt LRV och LPT

Samordnad vårdplan genomförs under tvång. Planen ligger till grund för beslut om fortsatt tvångsvård i öppen form som förvaltningsdomstolen tar. Vårdplanen upprättas tillsammans med patienten i den mån som patienten kan samarbeta och bidra till planen. Vårdplanen initieras också alltid av sjukvårdsinrättningen och aldrig av kommunen.

SIP kräver samtycke för att kunna upprättas. Utöver det kan både hälso- och sjukvården och socialtjänsten initiera och kalla till en SIP. SIP ska också innebära en hög delaktighet av patienten i hela SIP-processen (Prop. 2008/09:193).

2.4.4. Samverkanslagen

Lag (2017: 612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (samverkanslagen) stipulerar att SIP är en fundamental grund vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård. I §1 fastställs det att lagen reglerar samverkan vid planering gällande den enskilde efter att hen skrivits ut från sluten vård och som kan behöva stöd av både region och kommunen. Lagstiftaren klargör ytterligare i §1 att kommunal insats innebär både kommunalt finansierad hälso- och sjukvård samt socialtjänst. I punkt 2 §1 stipulerar lagstiftaren att det finns bestämmelser om hur insatserna ska planeras för den enskilda som efter utskrivning behöver insatser från flera berörda enheter. I punkt 3 1§ stipulerar att bestämmelser om kommunens betalningsansvar vid utskrivningsklara patienter finns i denna lag.

I §2 lagens syfte står följande:

”Denna lag syftar till att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för enskilda som efter utskrivning från sluten vård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den regionfinansierade öppna vården. I detta syfte ska lagen särskilt främja att en patient med behov av insatser skrivs ut från den slutna vården så snart som möjligt efter det att den behandlande läkaren bedömt att patienten är utskrivningsklar” Lag (2019:979)

Paragrafen beskriver att lagstiftaren anser att samordning mellan regionala och kommunala enheter är viktigt. I proposition 2016/2017:106 skriver lagstiftaren att syftet med lagen är en ökad samverkan och gemensamt ansvarstagande för patienter inom slutenvården och utskrivningsprocessen (Prop. 2016/2017:106).

I kapitel 4 §1 stipuleras att det är SIP som planeringsverktyg som ska användas när den enskilde har behov av insatser från både kommun och region.

Detta är ett paradigmskifte för regioner och kommuner. Tidigare reglerades utskrivningsprocessen utifrån lag 1990:1404 om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (betalansvarslagen). I betalansvarslagen §10c beskrivs att behandlande läkare ska kalla till vårdplan om en patient har behov av region och kommunala insatser. Ansvar för att kalla och hålla i vårdplanering låg-på slutenvården. Med lagändringen till Samverkanslagen innebär att SIP skall användas att både kommun och region kan kalla till SIP i samband med utskrivning från slutenvård. Som beskrivs tidigare är SIP ett gemensamt ansvar för kommun och region att sammankalla till om behov finns.

2.4.5. Utvärdering av samordnad vård- och omsorgsplanering och samverkanslagen

Myndigheten för vård och omsorgsanalys (Vårdanalys) (2020) genomförde en utvärdering av samverkanslagen. Som beskrivit ovan medför samverkanslagen ett krav på samordning mellan vårdaktörer när en patient ska skrivas hem från slutenvården. Vårdanalys skriver att vård och omsorg behöver ses som en sammanhängande helhet. Organiseringen och styrningen behöver verka för att underlätta samverkan.

Vårdanalys (2020) beskriver att antalet SIP som genomförts nationellt sett inte går att ta fram. Dock menar myndigheten att det finns indikationer på att SIP har ökat efter samverkanslagens införande.

Samverkanslagens intention är att SIP ska användas som planeringsverktyg. Dock framkommer det i Vårdanalys (2020) rapport att SIP inte genomförs i den utsträckning som lagstiftaren önskat. Några orsaker som beskrivs i rapporten är att vårdpersonal försöker inhämta samtycke till SIP för tidigt under en slutenvårdsvistelse. Andra orsaker är kopplade till verksamhetens förutsättningar. Exempel som beskrivs är at SIP innebär ett ansvar att sammankalla, leda och dokumentera, vilket medför att SIP prioriteras ner. Vårdanalys (2020) skriver också att bristande vana och kunskap samt rutiner gällande SIP har en betydelse om vem som har ansvar för att sammankalla samt när SIP ska användas. Utöver det finns det många olika tolkningar av vad SIP är. Bristen på lokal, regional och nationell vägledning medför att olika verksamheter tolkar processen för SIP olika.

I vissa verksamheter finns det riktlinjer och rutiner för SIP. Men de efterlevs inte alltid då dessa dokument uppfattas för standardiserade och svarar inte för patientens komplexa behov. Detta har medfört att yrkesverksamma har frångått riktlinjerna och skapat egna varianter av samordnad planering. (Vårdanalys, 2020)

I rapporten Samordnad vård och omsorg skriver Vårdanalys (2016) att förutsättningarna att arbeta med samordnad vård och omsorg saknas inom respektive organisation alltså kommuner och regioner. Myndigheten skriver att det är fyra förutsättningar som krävs för att samordningen ska förbättras. En patient- och brukarcentrerad organisationskultur, systemövergripande policyer, lagar och riktlinjer som ger förutsättningar till samordning, samverkan mellan organisationer och över organisationsgränserna och administrativa system för underlättar samordning (Vårdanalys, 2016).

Det saknas kunskap vad samordning innebär för den enskilda professionsutövaren. Kunskap saknas också var en enskilde professionsutövaren kan uppnå med samordning med andra professioner. Samordnade planer som SIP ses som en pappersprodukt alltså inget man använder sig av i det långsiktiga arbetet med patienter (Vårdanalys, 2016).

På en övergripande nivå har kommuner och regioner svårt att ingå samverkansavtal som innebär någon skillnad i samverkan (Vårdanalys, 2016).

2.5. Definitioner

Samordnad individuell plan (SIP) definieras som en “planering som sker mellan regioner och socialtjänsten för att tillgodose den enskildes behov”. Planen ska upprättas om möjligt tillsammans med den enskilde samt innehålla svar på minst 4 frågor: Vilka insatser som behövs, Vilka insatser respektive huvudman ska svara för, vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller regionen, och vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen (SoL 2:7 & HSL 16:4).

Individuell plan (IP) är den norska varianten av SIP med några skillnader. Skillnaderna är att personen behöver långvariga och sammansatta insatser från norska kommuner och regioner. Patienten har rätt enligt norsk lag till en huvudansvarig koordinator (Esbjörnson & Hagqvist, 2013). Målet med den individuella planen är synliggöra insatser som patienten kan tänkas behöva (Socialstyrelsen, 2007).

Psykisk funktionsnedsättning är olika definierad utifrån vilket perspektiv som väljs. Det finns inte några satta ”kriterier” för psykisk funktionsnedsättning. Bedömning av psykisk funktionsnedsättning är utifrån vilka insatser från kommunen man kan vara berättigad till samt vilken funktionsnivå man har.

I FNs konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, som ratificerades 2008, erkänner staterna att funktionsnedsättning och funktionshinder är begrepp som är under utveckling. Staterna erkänner att funktionshinder och funktionsnedsättning är ett samspel mellan personer med funktionsnedsättning och hinder som är attityder och miljön som motverkar personernas fulla deltagande i samhället på lika villkor som andra (Förenta Nationerna, 2006).

Enligt 1 kap. 1 § i lagen om stöd och service till vissa funktionshindrande (LSS) (1993:387) står det enligt punkt 3 att med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som

uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service.

Personer som faller inom detta kriterium kan till exempelvis ha rätt till olika insatser inom LSS. Dock är det inte alla med psykisk funktionsnedsättning som har rätt till eller definieras till denna kategori.

En något bredare definition av psykisk funktionsnedsättning är den som Nationell psykiatrisamordning (2006) har gjort. De beskriver psykisk funktionsnedsättning som följande:

> En person har ett psykiskt funktionshinder om han eller hon har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden och dessa begränsningar har funnits eller kan antas komma att bestå under en längre tid. Svårigheterna ska vara en konsekvens av psykisk störning (Nationell psykiatirsamordning, 2006, s. 6).

Med detta innebär bland annat att man ska ha en begränsad kapacitet inom viktiga områden i livet. Exempel på dessa områden är olika basala livsområden för en människa i samhället så som boende, studier, arbete, social gemenskap/relationer, fritidsaktiviteter etcetera. Individen ska ha påverkat delaktighetskränkning (inskränkt engagemang på livsområden). Det kan även vara så individen själv har svårt att se att hen har en delaktighetskränkning men individens omgivning identifierar aktivitetsbegränsningar hos en individen, till exempel om individen har svårt att sköta sin ADL, sköta sin bostad, ekonomi etcetera (Nationell psykiatirsamordning, 2006).

I ett Rättsligt ställningstagande ifrån Försäkringskassan (2015) beskrivs psykisk funktionsnedsättning som ett begrepp som bör definieras utifrån funktion och inte utifrån diagnos. De beskriver att om definitionen var enbart utifrån diagnos skulle inte ställningstagande tas till att personer med samma diagnos kan ha olika funktionsnedsättningar utifrån den diagnos man har. Med detta innebär att orsaken till funktionsnedsättningen är ovidkommande utan att man behöver titta på nedsättningen av en psykisk funktion. Detta innebär att det inte går att säga att en person med en viss diagnos, sjukdom eller tillstånd alltid har en psykisk funktionsnedsättning. Det behöver göras en bedömning kring funktionen hos personen (Försäkringskassan, 2015).

Utifrån ovanstående resonemang definieras psykisk funktionsnedsättning enligt följande:

Psykiskt funktionshinder innebär att en person har väsentliga svårigheter med att utföra och sköta aktiviteter på viktiga livsområden och dessa begränsningar antas ha funnits sedan tidigare eller kan antas att bestå under en längre tid.

3. METOD

3.1. Etiska överväganden

Vetenskapsrådet (2017) skriver att en viktig del av etiken i forskningen rör frågor om hur personer som medverkar i forskning som informanter får behandlas. De artiklar som är inkluderade i denna uppsats har med etisk prövning. De inkluderade artiklarna innehåller ställningstagande till informanternas frivilliga deltagande, anonymitet, konfidentialitet och

forskarnas tystnadsplikt. I de inkluderade artiklarna kan man inte härleda till någon informant. Således lades inklusionskriterium om att en etisk prövning genomförts.

Eftersom metoden är en systematisk litteraturöversikt har författarna använt redan publicerat martrial, således är detta en tillämpad forskning och ej grundforskning (Vetenskapsrådet, 2017). Författarna har genomfört en systematisk-kritisk genomgång av befintlig kunskap i syfte att höja kunskapsläget. Inkluderade artiklar har alla en metodologisk diskussion där författarna ärligt diskuterar metodologiska svagheter i forskningen. Vilket stämmer bra överens med Vetenskapsrådet (2017) skrivelse om att minimera felkällor och öka tillförlitligheten i forskningen.

Ett ytterligare viktigt område inom forskningsetiken är tolkning av texterna som är inkluderade. Läsarna kommer att tolka och göra vissa antaganden av texten utifrån egna förutsättningar och föreställningar. Detta blir problematisk när metoden är litteraturöversikt (Bryman, 2011). Författarna har i den största möjliga mån förhållit sig objektivt som möjligt och problematiserat detta. Ur en forskningsetisk aspekt har författarna minimerat risken för att vinkla och tolka materialet utifrån egna preferenser, utan arbetat med så objektivt som möjligt. Utifrån ovan skriva etiska övervägande föreligger inga direkta etiska dilemman i denna uppsats som författarna är ansvariga för.

3.2. Design

Designen är systematiskt litteraturöversikt enligt Forsberg och Wengström (2015). Analysmetoden är innehållsanalys. En systematisk litteraturöversikt ska uppfylla följande kriterium enligt Forsberg och Wengström (2015):

Klart formulerade frågeställningar, tydligt beskriva kriterier och metoder för sökning och urval av artiklar, tydliga inklusions- och exklusionskriterium, presentation av valda artiklars metodval och resultat, presentation av alla exkluderade studier och motivering till varför dessa valts bort, genomförande av tydlig analys och redovisning i form av en rapport där alla centrala delar beskrivs.

3.3. Datainsamling

Följande databaser användes i denna översikt:

PubMed, APAPsycInfo, Academic search Elite, Cinahl Plus, MEDLINE, APA PsycArticles, APA PsycInfo, SocINDEX, Social Services Abstract, Swemed+, SwePub, Socialvetenskaplig tidsskrift.

Följande nyckelord inkluderas i sökningen: Samordnad individuell plan, Individual plan, Coordination, Mental disorders, Mental retard*, Mental disab*, Patient care managment,

Patient care managment exkluderas efter ett antal sökningar eftersom artiklarna som hittades hade fel syften och ej hanterade samordnade individuella planer. Sökningarna genomfördes under april månad 2020.

Första steg var urval enligt rubrik och översiktlig läsning av abstracts därefter en mer detaljerad läsning av abstract och sist lästes artiklarna som klarade inklusionskriteriumen i sin helhet. Fullständig sökningshistorik finns i bilaga C

3.4. Sökstrategi

Sökningen i databaser kommer basera sig på metoden PICO som står för *Population, Intervention, Control* och *Outcome*. Översatt enligt SBU (2017) till Population, Intervention, Kontroll och Utfall.

(P) ska beskriva vilken population som studerats exempelvis psykisk funktionsnedsättning. (I) beskriver vilken metod som studerats exempelvis samordnad individuell plan. (C) beskriver mot vilken kontrollgrupp som studien jämför sina resultat mot. (O) beskriver utfallet av studierna.

Populationen i denna översikt är individer med psykisk funktionsnedsättning, oavsett kön, ålder, etnicitet, diagnos, svårighetsgrad av funktionsnedsättning eller orsak till funktionsnedsättningen. Individer med somatisk sjukdom samt beroendeproblematik har inkluderas endast om det finns samtidig rapporterad psykisk funktionsnedsättning. Populationen innefattar även professionella som arbetar inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. Interventionen som inkluderade artiklar ska studera är en samordnad individuell plan. Inkluderade studier ska ha utvärderat effekten av en samordnad individuell plan utifrån profession eller brukarperspektiv med kvalitativ eller kvantitativ ansats. I denna översikt inkluderas resultat på patientnivå.

3.5. Urval av studier

3.5.1. Avgränsning

Översikten kommer rikta in sig på Samordnad individuell plan som definieras enligt SoL 2:7och HSL 16:4 i första hand. Norsk individuell plan inkluderades utifrån att lagstiftning är mycket likt Sveriges inom detta område. Artiklarna ska också inkludera psykisk funktionsnedsättning.

3.5.2. Inklusions- och exklusionskriterier

Artiklarnas syfte ska innehålla samordnad individuell plan (SIP) eller individuell plan (IP). Artiklarna ska innehålla en etisk prövning för att inkluderas. Forskningsmetoden kan vara antingen kvantitativ eller kvalitativ. Populationen ska bestå av personer med psykisk funktionsnedsättning och/eller professionella inom socialtjänst och hälso- och sjukvård som arbetar med samordnad individuell plan eller individuell plan. Enbart peer reviewed artiklar inkluderas. Språket ska vara svenska eller engelska. Artiklarna ska också vara av god kvalité enligt Forsberg och Wengströms (2015) Checklista enligt bilaga A

Artiklar som enbart hanterar somatisk sjukdom[1] och samordnade individuella planer exkluderades. Rapporter, som ej är peer reviewed, från exempelvis SKR eller annan myndighet exkluderades. Artiklar som inte är skrivna på svenska eller engelska exkluderades.

3.5.3. Urval efter sökning

415 titlar och abstracts lästes översiktligt. 13 stycken abstracts lästes grundligt. Från detta steg kvarstannade 11 antal artiklar. Nästa steg i processen var att läsa dessa 11 artiklar i sin helhet. När artiklarna var lästa i sin helhet var det 8 stycken artiklar kvar. Exakta urvalet finns i bilaga B.

[1] Exempelvis förvärvad hjärnskada

3.5.4. Värdering av artiklar

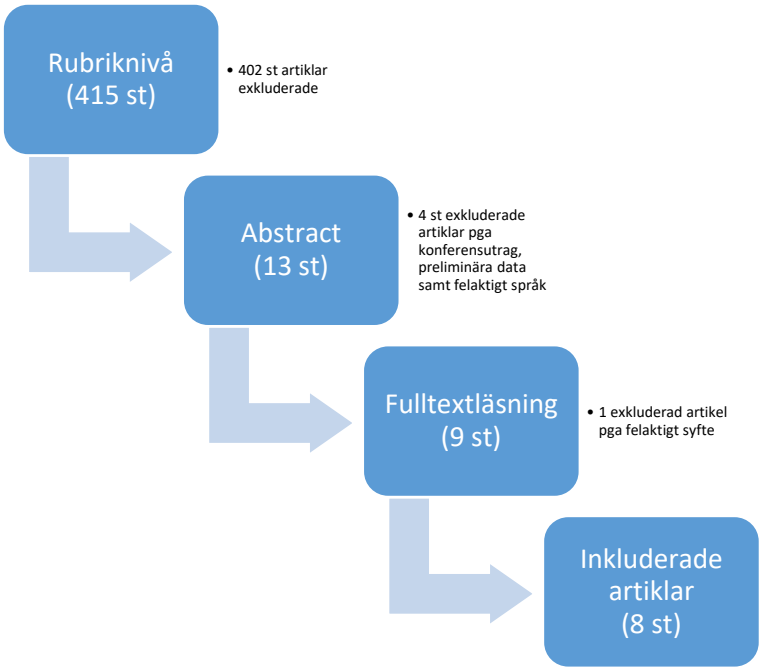
Bilaga A används som underlag för att bedöma den vetenskapliga standarden på artiklarna som inkluderades. Checklistan hämtades från Forsberg och Wenström (2015).

Enligt Forsberg och Wengström (2015) håller en kvalitativ studie hög kvalité om dessa 12 frågor kan besvaras:

- Lyckades forskaren på ett övergripande sätt tydligt klargöra undersökningens teoretiska förankring, och vilka metoder som användes vid varje steg av undersökningen
- Är sammanhanget där undersökningen gjordes beskrivet?
- Är miljön dör undersökningen gjordes tydligt beskriven?
- Är urvalsstrategin trovärdig och tydligt beskriven?
- Är undervalsstrategin gjord på ett sådant sätt att den säkerställer att urvalet motsvarar undersökningens teoretiska ram (det vill säga informationsrika informanter)?
- Hur genomfördes fältarbetet, och beskrivs detta i detalj?
- Är proceduren som har använts för dataanalys teoretisk försvarar?
- Kan metod och analys kopplas tillbaka till den ursprungliga forskningsfrågan
- Hur identifierades teman och begrepp? Kan forskaren tankegångar följas eller finns det ”tankehopp”?
- Repeterades analysförfarandet av fler forskare än en forskare för att påvisa tillförlitlighet?
- Diskuterar forskaren studier som har påvisat motsägande resultat?
- Presenterades tillräckligt av originaldata på ett systematiskt sätt, för att man ska kunna ta ställning till relationerna mellan tolkning och originaldata? (Förekom till exempel citat?) (Forsberg & Wengström, 2015, ss. 143-144)

Utifrån checklistan värderades inkluderade studier. Om kvalitén var hög inkluderades studien.

3.5.5. Flödesschema för urval av artiklar



Figur 1- flödesschema

Tabell 2 Urvalstabell

Författare, år och land	**Kvalitativ eller kvantitativ ansats**	**Datainsamlings metod**	**Patient- eller professions-perspektiv**	**Urval metod**	**Urvalsstorlek**
Nordstöm, E et al., 2016, Sverige	Kvalitativ	Fokusgrupps intervju	Profession	Strategiskt urval. Verksamhetschefer inom skola, hälso- och sjukvården och socialtjänst. Minst tre år i yrket. Erfarenhet av att delta i SIP. Intresse att delta i studien och förstå samt tala svenska.	71 personer fördelat på 12 fokusgruppsintervjuer. Representerade fem olika verksamheter och 12 olika funktioner/professioner.
Hedberg, B et al., 2018, Sverige	Kvalitativ	Semi-strukturerad intervju	Patient	Strategiskt urval. Äldre än 15 år och deltagit i minst en SIP.	13 patienter

Eklund Nilsen, A. et al. 2012, Norge	Kvalitativ	Semi-strukturerad intervju	Patient	Strategiskt urval. Forskarna tillfrågade kommunerna om informanter.	6 barn som alla innehåller föräldrar, primära kontaktperson på dagcentrum, barnet speciallärare, teamet koordinator samt annan relevant professionell.
Ek, H et al 2017, Sverige	Kvalitativ	Semistrukturerad intervju	Profession	Strategiskt urval. Riktade in sig på socionomer, pedagoger och psykologer. Yrket skulle vara chef.	12 enhetschefer från BUP (5st), sektionschef från socialtjänsten(3st) och rektor från skolan (4st)
Källmén, H et al. 2017, Sverige	Kvantitativ	Enkät-undersökning	Profession	Deltagare i en kurs för 1000 personer gällande SIP. Kursen riktade sig till professioner som arbetade med missbruk och psykisk ohälsa.	797 enkäter, 88.4% svarsfrekvens
Langhammer, B et al. 2015, Norge	Kvalitativ	Semistrukturerad intervju	Patient	Strategiskt urval. Minst 18 år gamla och vara berättigad en IP	12 intervjuer.
Matscheck, D., et al. 2019, Sverige	Kvalitativ	Case stuide	Profession och Patient	12 skriftliga ärenden från 6 kommuner i Stockholms län.	12 skriftliga ärenden.
Holum, L 2012, Norge	Kvalitativ	Semistrukturerad intervju	Profession och Patient	Strategiskt urval. 21 chefer från 18 kliniker tillfrågades om informanter	10 patienter

3.6. Analysmetod

Författarna har valt att använda innehållsanalys som är inspirerad av Forsberg & Wengstöms (2015) beskrivning. Analysen består av fem steg.

I steg ett lästes artiklarna igenom för att lära känna materialet. Följt av steg två som är en kort beskrivning av varje artikel med stöd av checklistan i bilaga A. Utifrån checklistan kunde det konstateras om en artikel höll tillräckligt bra vetenskaplig standard. Alla inkluderade artiklar höll en tillräckligt bra vetenskaplig standard utifrån bilaga A. Därefter i steg tre identifierades övergripande och gemensamma teman i texterna. Dessa skrevs ner i ett arbetsblad vart efter författarna läste artiklarna. Tematiseringen genomfördes förutsättningslöst. I steg fyra kunde författarna se ett mönster, i arbetsbladet, utifrån de teman som kom fram efter genomläsningen av alla artiklar. Dessa mönster slog ihop till fem större kategorier. I dessa fem kategorier utkristalliserade sig subkategorier[2] inom majoriteten av kategorierna. I femte och sista steget skrevs resultatet och analysen utifrån de kategorier och subkategorier som identifierats.

Tabell 1 Kategorier

Kategori	**Sub-kategori**
Personbundenhet	Personbunden koordinatorsroll utifrån ett professionellt perspektiv
	Personbunden koordinatorsroll utifrån ett patientperspektiv
Geografisk skillnad	
Organisatoriska prioriteringar	Prioritering av patienter
	Organisationens begränsningar av professionen
Hierarki	Hierarki mellan myndigheter
	Professionens hierarkiska ordning
SIP/IP-processen	Professionens kunskapsbrist
	Dokumentation

[2] Se tabell 1

4. RESULTAT OCH ANALYS

I detta kapitel redovisas resultatet och analys av kategorierna. Kapitlet är indelat så att varje kategori med tillhörande sub-kategori presenteras var för sig. Analysen av kategorierna kommer i direkt anslutning. I bilaga B finns en överblick av samtliga inkluderade artiklar.

4.1. Personbundenhet

Artiklarna beskriver gemensamt att koordinering och samverkan är personbundet. Med personbundet menas att det är ”nyckelpersoner” som möjliggör att samverkan fungerar. Kategorien bryts ner till två subkategorier. *Personbunden koordinatorsroll utifrån professionellt perspektiv* samt *Personbunden koordinatorsroll utifrån ett patientperspektiv*. Med *Personbunden koordinatorsroll utifrån professionellt perspektiv* handlar det om att det finns olika nyckelperson inom verksamheternas som på olika sätt blir avgörande för hur samverkan och koordineringen fungerar mellan professionerna. *Personbunden koordinatorsroll utifrån ett patientperspektiv* beskriver att patienterna uppfattar samverkan olika beroende på vilken person som koordinerar och initierar samverkan samt hur denna roll prioriteras i organisationen och hur detta påverkar patienten och dess anhöriga.

4.1.1. Personbunden koordinatorsroll utifrån professionellt perspektiv

Det framkommer i alla artiklarna att koordinatorsrollen i Norge och samordnarrollen i Sverige är personbunden. Detta utifrån att det oftast är en person som har rollen som kordonator/samordnare och agerar som “spindeln i nätet”. Det är denna person som samverkar för att SIP/IP ska kunna hållas samt genomföras. Denna person/roll blir som en nyckelfigur för SIP/IP processen. Detta gör även att denna roll blir personbunden utifrån vem som har rollen, både gentemot andra professionella samt mot patienten och dess anhöriga.

Langhammer et al (2015) beskriver den norska koordinatorn som en roll som ska manövrera det byråkratiska systemet som innehåller både administrativa och juridiska gränser och kunna tolka dessa. Detta gör att koordinatorn blir en översättare mellan systemen, kunna samverka med andra professioner samt ha patienten och patientens mål i fokus. Personen som bär koordinatorsrollen behöver uppbära hög kunskap inom samverkan och gemensamma avtal.

> Hur uttryckta behov tillgodoses eller hur dessa fångas upp beror på administrativa begränsningar och lagstiftningsbegränsningar, på tolkningen av dessa samt på samordnarnas position inom det administrativa systemets hierarki. Båda processerna beror också på samordnarnas kunskap och erfarenhet, på deras färdigheter i att kommunicera med andra yrkesverksamma och med brukarna, och, sist men inte minst, på deras förmåga att manövrera inom systemet (Konklusion) (Langhammer, Hellem, Bruusgaard, Alve, & Slettenö, 2015, s. 43)

Artiklarna beskriver också att om koordinatorn inte klarar av att manövrera administrativa och byråkratiska gränser eller inte har den kunskapen och kompetensen som koordinatorsrollen medför det att patienten riskerar att bli utan det stöd som hen behöver, alternativt att samordningen av insatserna bli mer omständlig än vad som är nödvändigt, detta lyfts bland annat i Holum (2012). Gemensamt för det som framkommer i artiklarna är att personen som bär koordinatorsrollen behöver prioritera och ha möjlighet att prioritera tiden för SIP/IP som en del av sin arbetsuppgift. Detta gör att det blir varierande kvalité på SIP/IP beroende på hur mycket tid den professionella som har koordinatorsrollen faktiskt kan prioritera tid att utföra SIP/IP processen.

Den svenska samordningsrollen för SIP beskrivs inte lika väl som den norska koordinatorsrollen i de utvalda artiklarna. Detta kan bero på att i den norska lagstiftningen ska en koordinator utses enligt lag (Langhammer, Hellem, Bruusgaard, Alve, & Slettenö, 2015). I den svenska lagstiftningen framkommer inget krav på att utse en koordinator. Det står i proposition 2008/09: 193 Vissa psykiatrifrågor mm. att den profession som först uppmärksammar behov av SIP ska initiera detta. Det beskrivs dock i de svenska artiklarna att det finns en personbundet mellan organisationerna och enheterna som skall samverka. Exempelvis om det finns två nyckelpersoner inom två olika organisationer som samverkar bra mellan varandra kommer samverkan förenklas för organisationerna och tvärt om (Ek, Isaksson, & Eriksson, 2017)

Eftersom det ej finns en uttalad koordinators roll i den svenska lagstiftningen kan det medföra en osäkerhet på vem som skall ta på sig samverkansrollen för SIP samt vem som egentligen gör vad i processen och patientärendet.

> Ett flertal av de intervjuade beskrev att socialtjänsten gjorde samma sak som BUP i behandlingsväg, exempelvis föräldrastöd, motiverad intervju (MI), Komet, Strategi. Det medförde att gränsen blev lite otydlig mellan dessa två verksamheter. Samverkan blev därför viktig för att planera vem som skulle göra vad i ett ärende och därmed minska antalet behandlingssamtal för ungdomarna (Resultat) (Ek, Isaksson, & Eriksson, 2017, s. 69)

Eftersom det inte finns en reglerad koordinatorsroll i Sverige kan det medföra otydlighet i SIP processen. Professionerna inom olika organisationer, såsom kommun och region, tolkar gemensamma avtal och lagstiftning utifrån egna preferenser, organisatoriska prioriteringar samt kunskap. Olika tolkning på avtal och lagar försvårar upprättande av SIP/IP. Nordström et al (2016) skriver att:

> /../ direktivet att samverka enligt SIP översätts till den egna verksamheten, genom att deltagarna konkretiserar de ibland abstrakta rekommendationerna och preciserar vaga formuleringar utifrån egna preferenser (Diskussion) (Nordström, Josephson, Hedberg, & Kjellström, 2016, s. 53)

För att återkoppla till personbundenheten så lyfts det i Ek et al (2017) att ett hinder för samverkan är att det blir allt för personbunden och således för känslig för förändringar inom verksamheten. Ek (2017) skriver:

> Ett ytterligare hinder som lyftes av många av de intervjuade var faran med att samverkan var alltför personbunden, vilket man menade gjorde den väldigt känslig för förändringar. Att samverka liknades vid att bygga en relation och om någon chef i någon verksamhet slutade, var man tillbaka på ruta ett enligt vissa respondenter (Resultat) (Ek, Isaksson, & Eriksson, 2017, s. 69)

Det som framkommer i de norska och svenska artiklarna är vikten av en koordinator och personer som arbetar för samverkan inom organisationerna. Utan detta faller samverkan mellan myndigheterna och regionerna och i förlängningen SIP/IP-processen. Ek et al (2017) beskriver skörheten i personbunden samverkan.

> Jag kan se kommuner som vi har haft jättegott samarbete med men så slutar en viktig funktion såsom en förvaltningschef, IFO-chef, skolledare eller någonting. Det gör att man hamnar på ruta ett och man får börja om igen och bygga upp och det är ett mantra som man ständigt måste upprepa och hålla vid liv. (BUP) (Resultat) (Ek, Isaksson, & Eriksson, 2017, s. 69)

Citatet visar på att samverkan är personbunden på professionsnivå. I vissa av artiklarna framkommer det att samverkan underlättas av ett fåtal nyckelpersoner. Utan nyckelpersonerna försvåras samverkan. Detta kan medföra att samverkan blir skör.

4.1.2. Personbunden koordinatorsroll ur patientperspektiv

I några av de utvalda artiklarna framkommer det ett patientperspektiv på hur samverkan och SIP/IP genomförs samt upplevelsen av SIP/IP-processen. Det framkommer i Eklund Nilsen och Jensen (2012) att koordinatorn/samordnaren är den viktigaste personen i SIP/IP processen. Koordinator blir guiden i välfärdsystemet för patienten och dess anhöriga.

> /../ Brukarna anser ofta samordnaren som den viktigaste personen i processen. Hans eller hennes roll är mångfacetterad, allt ifrån att vara brukarens "guide" i välfärdssystemet, till att vara en förespråkare för brukaren i förhållande till andra sektorer i välfärdssystemet, till att vara en nära kontaktperson eller till och med förtrogen. Således måste samordnaren balansera mellan närhet och avstånd till brukaren (Resultat) (Eklund Nilsen & Jensen, 2012, ss. 8-9)

Övergripande framkommer det från ett patientperspektiv att relationen till koordinatorn och hur väl samarbetet mellan patient och koordinator fungerar blir avgörande för hur väl SIP/IP genomförs. Två exempel på detta är:

> Alla patienter var upptagna med det personliga förhållandet och kommunikationen med sin samordnare. Respekt, förtroende, ömsesidighet, sympati och att bli omtyckt nämndes ofta. Hur de kände sig samt förtroende var på något sätt ett ämne för dem alla (Resultat) (Holum, 2012, s. 52).

> Deltagarna beskrev hur de kände sig mindre sårbara när en talesperson för dem var fanns tillgängliga för support, särskilt när de professionella drivs av makt. Deltagarna uttryckte tillfredsställelse över att bli betrodda, där de tidigare hade utmanats och var tvungna att

> kämpa för att förändra saker, med vägledning av en talesperson (Resultat) (Hedberg, Nordström, Kjellström, & Josephson, 2018, s. 8).

I artiklarna beskrivs det utifrån ett patientperspektiv vad som krävs för att lyckas med en SIP/IP. Koordinatorn ska vara aktiv i sin roll samt ha patientens perspektiv i fokus.

> De [koordinatorn red.anm] måste ställa rätt frågor till patienterna, hålla en konstant dialog och lyssna respektfullt och samarbeta på ett vänligt och ömsesidigt sätt och ibland "trycka" lite. Det är framförallt samarbetet och interaktionen och inte den skriftliga planen som kan säkerställa patients respekt för ett gemensamt ansvar. När alla dessa aspekter fungerar kan en IP-process till och med fungera som en psykologisk tillväxt för patienten (Diskussion) (Holum, 2012, s. 53).

I en SIP/IP som patienterna upplever som mindre lyckad uppfattar sig patienterna objektifierade av professionerna samt att koordinatorn inte prioriterar tid för processen. Patienterna upplevde också att professionen var mer intresserad av att markera sitt professionella uppdrag än fokus på samverkan.

> Deltagarna upplevde att samarbetet strikt begränsades till den professionellas kärnuppdrag i sin profession. Deltagarna kände sig objektifierade när de professionella markerade sina gränser så som personlig kemi, tidsbrist och personalbrist (Resultat) (Hedberg, Nordström, Kjellström, & Josephson, 2018, s. 7)

Det lyfts i artiklar att samverkan som blir framtvingad blir mindre lyckad samt att man ofta förlorar patientperspektivet. I vissa fall vet inte patienten att en koordinator tillsatts vilket medför att patienterna ifrågasätter koordinatorns roll eftersom hen inte har kontakt med patienten eller har kännedom om densamme (Eklund Nilsen & Jensen, 2012). Det kan även vara att SIP/IP initieras när de professionella har en hög ångestnivå och ser SIP/IP som den enda lösningen på patientens komplexa situation.

> Vidare menade deltagarna att SIP används då vårdgivarens ångestnivå är hög, och de vill tvinga samverkanspartner till möten för att få dessa att tillsätta en viss åtgärd. Ångestdrivna handlingar ledde enligt deltagarna till en begränsande, tvingande och reaktiv samverkan (Resultat) (Nordström, Josephson, Hedberg, & Kjellström, 2016, s. 45).

Ovan citat visar att det är av stor vikt att SIP/IP är patientens plan och inte de professionellas planering. Artiklarna beskriver vikten av att patienten har reellt inflytande och delaktighet i planeringen. Lagstiftningen i både Sverige och Norge stipulerar att SIP/IP är patientens planering och inte professionens.

4.2. Analys personbundenhet

Relationerna mellan patienter och koordinatorerna är en viktig pelare i att SIP/IP-processen skall bli lyckad. Patienterna efterfrågar en vänskapsliknande relation till sin koordinator.

Kravet på koordinatorn blir att hen ska klara av att balansera den professionella relationen samtidigt skapa tillit. Svagheten i denna personbundenhet blir när koordinatorn byts ut. Då behöver en ny relation skapas mellan den nya koordinatorn och patienten. Detta kan medföra att SIP/IP-processen blir haltande. Koordinatorn kan bli partisk och riskerar att skapa ett vi-och-dem tänkande redan vid förberedelse av SIP/IP.

Den professionella relationen mellan patient och profession är viktigt och en grundförutsättning för ett fungerande arbete med patienten i människonära yrken (Johansson, 2017). Att den professionella relationen är en förutsättning för ett bra samarbete mellan patient och koordinator är föga överraskande. Det som är viktigast för patienterna är relationen till koordinatorn. Professionens interna organisatoriska svårigheter är ovidkommande för patienterna (Johansson, 2017).

Däremot framkommer det i artiklar där anhöriga till barn varit respondenter ifrågasätts koordinatorsrollen samt organisatoriska hinder. Det visar på att anhöriga och patienter har olika perspektiv på relationen till koordinatorn samt till organiseringen av den.

Organisationernas interna prioriteringar blir avgörande för hur samverkan och i förlängningen av SIP/IP-processen fungerar. Det framkommer i många av artiklarna att svårigheterna med samverkan inom ramen för SIP/IP-processen är organisationernas prioritering av resurser som exempelvis tid och prioritering mellan olika patienter (Grell P. , 2016). I Norge är Koordinatorrollen lagstadgad vilket gör att det alltid blir en koordinator tillsatt. Denna motsvarighet finns ej i den svenska lagstiftningen. Vilket medför att, i Sverige, kan professionen undvika att påbörja en process för SIP och undvika samordningsansvaret för planeringen. Det beskrivs i Ek et. al (2017) att profession skjuter över ansvaret till den ”andre” verksamheten (kommun till region, region till kommun).

Personbundenheten blir en svaghet när det bygger på att det är nyckelpersoner inom en verksamhet som möjliggör samverkan. Exempelvis om en yrkesverksam skapat en god relation med en annan yrkesverksam skapas möjlighet till smidig samverkan så kallade *boundery spanners* (Grell P. , 2016). Det medför samverkanskultur inte byggs in i organisationen och samverkan blir individbaserad.

4.3. Geografisk skillnad

Denna kategori beskriver att stöd till patienterna skiljer sig beroende på var patienten är bosatt geografiskt i länderna. Exempelvis kan det finnas ett stöd/insats i en kommun men samma stöd/insats finns inte i en annan kommun. Detta beror dels på kommunernas storlek, behov, budget samt att kommunerna har bestämmanderätt vilket gör att kommunerna till viss del själva styr över exempelvis vilka stödinsatser som ska finnas i kommunen.

Artiklarna beskriver att det finns en geografisk skillnad och att detta påverkar hur exempelvis SIP/IP utförs eller vilken grad patienten får det stöd som hen efterfrågar och behöver. I Langhammer et al (2015) beskrivs att patienter har fått flytta från en kommun [community] till en annan för att kunna få det stöd som behövs.

> Jag fick ingen hjälp / … / Jag har klagat till sjukvårdsombudsmannen. Personer från rehabiliteringsenheten rekommenderade att jag skulle flytta till en annan kommun, eftersom de visste skillnaderna mellan de två kommunerna i de olika insatserna de kunde erbjuda (Resultat) (Langhammer, Hellem, Bruusgaard, Alve, & Slettenö, 2015, s. 37).

Matschet et al (2018) har gjort en studie på sex olika kommuner inom Stockholmsregionen. De olika kommunerna de har valt ut varierar i storlek och karaktär, från ca 25 000 invånare till ca 75 000 invånare samt variation mellan tätort och landsbygd. I denna framkommer:

> Även med förbehåll för skillnader som kan förväntas som är baserade på professionellt utrymme och insatser tycks variationerna i denna studie vara överraskande stora. Det fanns skillnader mellan lokala myndigheter i hur ofta SIP gjordes samt vilka som deltog och representation från respektive myndighet (Analys) (Matscheck, Piuva, Eriksson, & Åberg, 2018, s. 11)

Det framkommer i artiklarna att beroende på vart patienten är bosatt varierar vardagsstödet samt stödet hen kan få för att upprätta en SIP/IP. Langhammer et al (2015) beskriver att behoven som patienterna uttryckt och hur väl de tillmötesgåtts beror bland annat på:

> Bostads kommun eller län: Samordnarens personliga kompetens och tolkningen av lagstiftning och strukturella förhållanden (Resultat) (Langhammer, Hellem, Bruusgaard, Alve, & Slettenö, 2015, s. 39).

En kritik som lyfts i artiklarna är att de geografiska skillnaderna innebär att det blir ojämlik vård. Det blir ojämlikheter kring stödet invånarna kan få mellan olika kommuner.

4.4. Analys av geografiska skillnader

Sveriges och Norge är uppbyggda med kommuner och län/regioner. Ländernas kommuner har kommunalt självstyre vilket innebär att kommunerna själva organiserar och beslutar kring sin verksamhet. Det samma gäller för landets regioner, även om vården är uppbyggd på ett litet annat sätt än kommunerna. Det skrivs i artiklarna att insats och vårdutbudet kan variera beroende på vart i landet man bor (Langhammer, Hellem, Bruusgaard, Alve, & Slettenö, 2015).

I Sverige finns fritt vårdval där patienter kan fritt välja planerad öppenvård vart som helst i landet. Samma valmöjlighet finns inte inom kommunen. Det vill säga patienter kan inte välja insats i en annan kommun än bosättningskommunen (SOU, 2009). Detta kan innebära att om en person bor i en kommun med mycket tillgångar medför att kommunen troligen kan erbjuda större mängd insatser jämfört med kommun med mindre resurser.

Exempel på ovan kan vara att kommun A har insats X medan kommun B inte erbjuder denna insats. Det innebär ojämlikhet mellan kommun A och B vilket i slutändan medför att patienterna får olika stöd. Likväl finns liknande skillnader mellan regionerna. Region A kan erbjuda en form av behandling medan Region B inte kan erbjuda samma behandling för

samma problematik. Eftersom det finns fritt vårdval har patienterna möjlighet att välja den region som hen önskar få vård i (1177 Vårdguiden, 2020). Detta alternativ finns inte hos kommunen.

I förlängningen kan detta bära svårigheter med SIP som verktyg. Exempel när en patient har valt öppen vård via fritt vårdval i Region X. Kommun A är ansvarig för kommunala insatser men personen är placerad och vistas i kommun B. Kommunal A är geografiskt sett långt bort från Region X samt diskussion om vilken av kommunerna som ska ansvara för insatserna till patienten/brukaren. Detta tillsammans medför att verksamheterna inte vet hur man ska använda SIP och i slutändan blir det patienten som lider av denna geografiska och juridiska otydlighet.

4.5. Organisatoriska prioriteringar

Kategorin innehåller beskrivningar av olika typer av prioriteringar som myndigheterna/organisationerna genomför. Prioriteringarna kan vara begränsade för professionen men också avgränsande så att yrkesverksamma genomför det arbete de ska göra i den organisation de befinner sig i. *Prioritering av patienter* beskriver hur organisationerna behöver ställa patienternas behov mot varandra för att få till samverkan. *Organisationens begränsning av professionen* hanterar hur ledningens styrning i from av rutiner och lagstiftning begränsar professionens yrkesutövning.

4.5.1. Prioriteringar av patienter

I de få artiklarna som där sjukvården är en del av respondenterna framkommer det en diskussion om att prioritering av patienterna behöver göras. Artiklarna beskriver att det är tidsbrist som medför att prioritering av behov av sjukvård framtvingas.

> De betonade den tid SIP tar från övrig verksamhet, och att det inte är etiskt försvarbart att mera omedelbara behov får stå tillbaka för barn och unga som kanske inte ens är aktuella i den egna verksamheten. Konsekvensen av att tvingas till SIP-möte kan således bli att den lagstiftade väntetiden överskrider de enligt lag max 30 dagarna (Resultat) (Nordström, Josephson, Hedberg, & Kjellström, 2016, s. 45).

På professionsnivå tvingas professionen att ställa patienternas behov mot lagstadgade kravet till samverkan i from av SIP/IP.

> Om jag nu måste åka på möte om Kalle och därmed avboka Stina och kanske ytterligare en patient; vad är det som säger att Kalle har större behov än Stina? (Resultat) (Nordström, Josephson, Hedberg, & Kjellström, 2016, s. 49)

Perspektivet utifrån vad som prioriteras är olika utifrån olika organisationer. Skolan, med pedagogiskt perspektiv, bedömer problematik på ett sätt medan psykiatri, med medicinskt perspektiv, bedömer samma problematik på ett annat sätt. Utöver att det är olika perspektiv

behöver mängden tid med patienterna lyftas med i ekvationen. I skolan är patienten nästan dagligen, socialtjänsten träffar patienten mer sällan jämfört med psykiatrin som i regel har längst tid mellan träffarna. I samverkan handlar det om att ta in alla perspektiven, vilket också medför svårigheter i samverkan:

> Man menade att samverkan skulle innebära att de tre perspektiven [pedagogiskt-, socialt- och medicinskt perspektiv, red. Amn.] vägdes samman och att man betraktade samtliga perspektiv samtidigt i lika stor omfattning. Det uppfattades som mycket svårt eftersom det psykiatriska perspektivet dominerade samverkansmötena (Resultat) (Ek, Isaksson, & Eriksson, 2017, s. 68).

Det framkommer i Ek et al (2017) och i Nordström et al (2016) att psykiatrin är mer kritiskt till SIP eftersom SIP är en tvingande samverkan i lagen. ”Prioriteringsordningen ifrågasätts avseende skyndsamt i förhållande till akut, samt skyndsamt och akut för vem? (Nordström, Josephson, Hedberg, & Kjellström, 2016, s. 49)” Citatet visar på olika tolkningar på vad som är skyndsamt.

4.5.2. Organisationens begränsningar av professionen

I de artiklar som beskriver organisationers påverkan av professionen i SIP/IP-processen har några gemensamma nämnare. Organisationen som professionen arbetar i genomför prioriteringar som medför begränsningar i SIP/IP-processen. Begräsningarna kan vara personalomsättning, tidsprioriteringar och kostnadsbegränsningar. SIP/IP är en tidskrävande process.

> Nästan samtliga respondenter lyfte fram frågan om resurser som ett tydligt hinder i samverkan. Med resurser menades i detta fall vilken verksamhet som skulle stå för kostnaden, och frågan var på så sätt tydligt knuten till en otydlig ansvarsfördelning mellan BUP, skola och socialtjänst (Resultat). (Ek, Isaksson, & Eriksson, 2017, s. 65)

Langhammer et al (2015) påstår att styrmodellen New Public Management medfört att patienter som har lättare problematik prioriteras så att antalet IP som lyckats levererats ökar:

> Dessutom ledde etableringen av NPM som ett ideal till prioritering av brukare med färre problem, så att antalet fall där IPs levererades framgångsrikt ökade (Diskussion) (Langhammer, Hellem, Bruusgaard, Alve, & Slettenö, 2015, s. 42).

Utöver styrmodeller är resurser bland annat i form av tid återkommande i artiklarna. Langhammer et al. (2015) skriver i sin artikel att IP är en tidskrävande process som bland annat innehåller relationsskapande. Koordinatorer ska tillsättas och utbildads samt att kommunikationsvägar mellan och inom olika nivåer på enheterna och sektorerna ska organiseras. Tidsbrist återkommer i artiklarna som berör organisatoriska begräsningar av professionen:

> Deltagarna i fokusgrupperna upplevde problem med att få andra verksamheter att komma till SIP-möten de själva kallat till, samtidigt som de upplevde problem med att ha tid att komma när de själva blev kallade (Resultat) (Nordström, Josephson, Hedberg, & Kjellström, 2016, s. 48)

Hedberg et al (2018) beskriver också att professionen begränsar sitt samarbete med andra verksamheter så pass att enbart kärnuppdraget ingår. Vilket i sin tur medförde att patienterna kände sin objektifierade.

De samverkan myndigheten har svårighet med att förstå varandras perspektiv och vilka handlingsutrymmen som finns i de olika organisationerna. Exempelvis att vissa beslut behöver tas av socialnämnd inom socialtjänsten och vissa beslut måsta tas av rätt profession inom psykiatri.

> De hindrande faktorerna handlar om professionernas handlingsutrymme och upplevda motsättningar gentemot andra verksamheter samt önskan att bevara autonomin och den egna praktiken. De främjande faktorerna handlar om professionernas sökande efter samverkansytor med andra verksamheter för att uppnå mål som brukarna kan förstå och hantera utifrån insatserna som en helhet (Resultat) (Nordström, Josephson, Hedberg, & Kjellström, 2016, s. 44)

Nordstörm et al (2016) beskriver att SIP används när vårdgivarens ångestnivå är hög och man vill tvinga fram samverkan men anda myndigheter.

> Vidare menade deltagarna att SIP används då vårdgivarens ångestnivå är hög, och de vill tvinga samverkanspartner till möten för att få dessa att tillsätta en viss åtgärd. Ångestdrivna handlingar ledde enligt deltagarna till en begränsande, tvingande och reaktiv samverkan (Resultat) (Nordström, Josephson, Hedberg, & Kjellström, 2016, s. 45)

Ek et al (2017) beskriver resursbristen och att ansvar för uppgifter försöks skjutas över till andra verksamheter.

> Bristande resurser och en vilja att inte belasta den egna verksamhetens budget kan i det här fallet ses som ett tydligt exempel på hur företrädarna försökte skjuta över ansvaret på varandra utifrån en omtanke om den egna verksamheten (Resultat) (Ek, Isaksson, & Eriksson, 2017, s. 66)

Citatet visar på professionens lojalitet till sin egen verksamhet samt prioriteringar i organisationerna. Resurserna är begränsade och verksamheterna gör en prioritering av vad om är viktigt. Detta kan leda till att man skjuter över samordningen till annan verksamhet då samordningen upplevs som belastande på professionen.

4.6. Analys av Organisatoriska begränsningar

Sjukvård och kommun är stora organisationer som är organiserade på olika sätt. I Sverige och Norge finns kommunalt självstyre vilket medför att kommunerna och regionerna organisera sig själva i stor utsträckning. Gemensam för alla kommuner och socialtjänst är att vissa beslut behöver tas av socialnämnden (SKR, 2020). Detta kan medföra en begränsning av socialsekreterarens handlingsutrymme. Inom sjukvården är det läkaren som prioriterar, bedömer och sätter in medicinsk behandling för patienten. De personer som medverkar i SIP/IP-processen är inte alltid dem som tar beslut gällande patientens insatser och vård (Vetenskapsrådet, 2020; SKR, 2020).

Både kommun och regioner är stora organisationer. Stora och komplexa organisationer medför att professionen har svårt att förstå sin egen organisation och sin egen plats i organisationen. Det kan medföra att man har svårt att ta in andra perspektiv och SIP/IP-processen försvåras.

Grell (2016) pekar på att specialisering medför en fragmentiserad vård och omsorg. Detta kan medföra att samverkan svårare till följd av fragmentiseringen av vård och omsorg. I förlängningen prioriteras patienterna i en specialiserad organisation olika. Även de resurser som respektive organisation förvaltar kommer prioriteras olika. Det är inte alltid till fördel för samverkan i from av SIP/IP. Helhetsbilden för den enskilda patienten blir svår att överblicka.

Olika organisationer har olika perspektiv vilket medför att organisationerna bedömer ärenden olika. Exempelvis skiljer sig skolans definition av akut jämfört med sjukvårdens definition av akut. Det framkommer i artiklarna att SIP/IP-process kan medföra att professionerna går in och beställer av de andra verksamheter vad de ska göra. Det skapar en frustration vilket försvårar SIP/IP-processen. Exempelvis vill skolan själva besluta om vilka pedagogiska insatser som de vill sätta in utan att socialtjänst eller psykiatri lägger sig i detta. Lika är det åt andra hållet att psykiatrin vill besluta om behandlingsinsatser utan att socialtjänst och skola lägger sig i.

4.7. Hierarki

Kategorin syftar till att belysa hur artiklarna beskriver den hierarkiska ordningen inom olika myndigheter som exempelvis socialtjänst och hälso- och sjukvården. Två subkategorier togs fram. *Hierarki mellan myndigheter* syftar till att beskriva hur myndigheterna skapar en intern ordning mellan sig. *Professionernas hierarkiska ordning* beskriver hur professionerna inom myndigheterna skapar en värdering av de olika professionerna.

4.7.1. Hierarki mellan myndigheter

I artiklarna med svensk kontext beskrivs en hierarki mellan myndigheterna. Professionen värderar olika verksamheter olika högt och tilldelar vissa verksamheter mer värde än en annan.

> Man menade att samverkan skulle innebära att de tre perspektiven [pedagogiskt-, socialt- och medicinskt perspektiv, red. Amn.] vägdes samman och att man betraktade samtliga perspektiv samtidigt i lika stor omfattning. Det uppfattades som mycket svårt eftersom det psykiatriska perspektivet dominerade samverkansmötena (Resultat) (Ek, Isaksson, & Eriksson, 2017, s. 68).

Nordstöm et al. (2016) skriver att SIP kan ha potential att underlätta samverkan. Svårigheten är att professionerna behöver visa kollegial respekt, bejaka varandras perspektiv men även ha fokus på den egna verksamhetens kärnuppdrag utan att primärt vilja skydda det.

I flera artiklar framkommer det en hierarkisk ordning. Högst upp kommer sjukvården därefter sociala myndigheter därefter skola och andra verkställande enheter såsom boendestöd.

Sjukvården ser sig själva, och får det bekräftat av andra verksamheter, som högst upp i hierarkin. ”/…/ vi ser oss själva som den allsmäktige och tycker att de andra har inget att komma med. (BUP)(Resultat) (Ek, Isaksson, & Eriksson, 2017, s. 70). Ett annat citat som visar på sjukvårdens egen bild av sig själv i hierarkin: ”Jag känner många gånger att det psykiatriska perspektivet tar över och man tar inte hänsyn till andra perspektiv. Det kan göra mig frustrerad. (BUP) (Resultat) (Ek, Isaksson, & Eriksson, 2017, s. 68).

Det beskrivs att beställning av insatser kommer från andra myndigheter till en annan myndighet. Det beskrivs bland annat socialtjänsten får beställningar från psykiatrin och skolan.

> Deltagarna från socialtjänsten uttryckte att samverkanspartnern kommer till nätverksmöten med beställningar, och att SIP ibland upplevdes som ett konflikthanteringsinstrument som användes för att tvinga samverkanspartner till samverkan och att få partnern till att tillsätta önskad åtgärd, exempelvis socialtjänsten att ordna en placering utanför hemmet (Resultat) (Nordström, Josephson, Hedberg, & Kjellström, 2016, s. 46)

Även i artiklarna som beskriver den norska kontexten står att det finns hierarki mellan olika verksamheter. Ett exempel som Langhammer et al (2015) beskriver hur en patient som inte fått sina medicinska behov tillgodosedda på grund att förskrivande läkare inom sjukhuset och den lokala läkaren [Community doctor red amn.] inte varit överens om medicineringen. Patienten blev utan läkemedel. Sjukhusläkaren värderas högre än den lokala läkaren och medicineringen står stilla.

Nordstöm et al. (2016) skriver i sin artikel att samverkan, såsom SIP/IP, kan hindras av makt, status och revirstrider mellan olika verksamheter. Exempel är den primära viljan att försvara och behålla sitt eget kärnuppdrag.

4.7.2. Professionerna hierarkiska ordning

Professionerna ordnar in sig i en hierarki. Ek et al (2017) skriver att ordningen som professionen inrättar sig är läkaren och således det medicinska perspektivet högst upp, följt av socialsekreterare och det sociala perspektivet och på samma nivå kommer skolan med det

pedagogiska perspektivet. Ek et al (2017)skriver också att på grund av denna ordning medföljer ett maktspel där professionen har svårt att samverka i form av en SIP/IP.

> Resultatet visa framförallt att personal från skolan upplever sin suveränitet hotad då BUP bestämmer vad som ska göras, exempelvis om barnet ska utredas eller inte. En viktig fråga som den här studien genererar är vilken utsträckning som samverkan mellan skola, socialtjänst och BUP kring ungdomar som inte går till skolan resulterar i en medikalisering av sociala problem (Diskussion) (Ek, Isaksson, & Eriksson, 2017, s. 72)

Maktkampen som uppkommer i samband med samverkansmöten tenderar att påverka patienten:

> Föräldrarna upplevde en maktasymmetri relaterad till yrkespersonalens känslighet för åsikter eller beslut som tagits av andra yrkesverksamma (Resultat) (Hedberg, Nordström, Kjellström, & Josephson, 2018, s. 7)

Artiklarna beskriver vad som behövs för att motverka maktkampen. Langhammer et al (2015) och Hedberg et al (2018) beskriver hur koordinatorn blir en dörröppnare som kan utjämna makten under samverkansmöten. Hedberg et al (2018) beskriver att patienterna kände sig mindre såbara när de hade en talesperson som stöd. Langhammer et al (2015) skriver att resultatet av samverkan i from av IP, bygger på koordinatorns förmåga att kommunicera med andra professioner och förmågan att manövrera och kunskapen om välfärdssystemet.

4.8. Analys av Hierarki

I artiklarna framkommer det att myndigheterna rangordnar sig själva in i en hierarki. Detta kan bli problematiskt i samverkan. Perspektiven från de olika organisationerna är lika viktiga i samverkan. Problematiken uppstår när ett perspektiv väger tyngre än en annat. Exempelvis medicinskt perspektiv väger tyngre än det sociala perspektivet. Enligt Prop. 2008/09:193 vissa psykiatrifrågor mm är syftet med SIP är att alla perspektiv ska mötas och samordnas för ett gott stöd och effektivisera resurserna runt patienten (Prop. 2008/09:193, 2009).

En sak som lyft fram i artiklarna är att oftast väger det medicinska perspektiven tyngst i samverkan (Hedberg, Nordström, Kjellström, & Josephson, 2018; Ek, Isaksson, & Eriksson, 2017). Socialtjänsten efterfrågar medicinsk bedömning för att kunna ta vissa beslut. Skolan får mera resurser till att erbjuda stöd till elever om en medicinsk diagnos finns.

De olika perspektiven ska mötas under ett SIP/IP-möte. De olika perspektiven ska värderas likvärdigt. På samma sätt som de olika organisationerna värderas lika ska de olika professionerna värderas lika (Prop. 2008/09:193, 2009). Det framkommer i artiklarna att professionerna värderar varandra olika i en hierarkis ordning. Exempelvis boendestödjare och lärare värderas lägre än exempelvis en läkare eller socialsekreterare. Detta kan medföra att ett viktigt perspektiv uteblir när beslut om insatser och vård ska tas i samverkan enligt SIP. Och i slutändan kan besluten bli felaktiga eller effekt utebli av behandling.

I artiklarna (Hedberg, Nordström, Kjellström, & Josephson, 2018; Ek, Isaksson, & Eriksson, 2017) framkommer det att sjukvården ser sig själva högst upp på den hierarkiska stegen. Detta synsätt bekräftas och förstärks av andra verksamheter. Det andra verksamheterna spär på detta synsätt genom att kräva olika former av medicinska bedömningar och andra medicinska behandlingar.

4.9. SIP/IP processen

Alla artiklar berör SIP/IP-processen från olika angreppsvinklar. Kategorin beskriver processen från förberedelser till möte till efterlevnad av planeringen. Två subkategorier identifierades. *Professionens kunskapsbrist* beskriver hur professionens avsaknad av kunskap gällande av SIP/IP-processen påverkar samverkan samt hur själva SIP/IP-processen blir. *Dokumentation* syftar till att beskriva hur dokumentation påverkar samverkan och lika hur avsaknad av dokumentations rutiner försvårar samverkan.

4.9.1. Professionens kunskapsbrist

Samverkan och SIP/IP processer kräver kunskap för att bli framgångsrika. Artiklarna beskriver att professioner saknar kunskap om SIP/IP-processen. Lika så att det kräver mycket kunskap att klara av samordningsrollen i SIP/IP-processen. Två citat från artiklarna visar på detta:

> Analysen visar att deltagarna saknade verktyg för att hantera SIP på ett sätt som är smidigt för alla inblandade parter (Diskussion) (Nordström, Josephson, Hedberg, & Kjellström, 2016, s. 53)

> När det kallades till samverkan rådde osäkerhet om vad som skulle göras i ärendet (Resultat) (Ek, Isaksson, & Eriksson, 2017, s. 65)

Det finns en kunskapsbrist mellan verksamheterna samt hur SIP/IP-processen ska gå till. Eklund et al (2012) beskriver kunskapsbristerna mellan verksamheterna.

> För det första verkar det finnas ett av kunskapsglapp om den obligatoriska processen mellan den professionella yrkeskåren och personer som arbetar med samverkan i den offentliga förvaltningen. De professionella känner ofta inte till SIP-processen och rutinerna för att välja samordnare och har liten möjlighet att följa en individuell plan noggrant på grund av deras breda handlingsområde och andra ansvarsområden (Resultat) (Eklund Nilsen & Jensen, 2012, s. 7)

Eklund et al (2012) skriver också om kunskapsbristen om hur SIP/IP-processen ska gå till:

> De fyra sjuksköterskorna som fungerade som samordnare i vårt projekt ifrågasätter alla deras egen roll. De har alla utsetts till samordnare /…/ Förutom de regelbundna mötena i teamet har de [samordnaren] oregelbunden och sällan kontakt med barnen och deras familjer. Alla dessa

> samordnare tycker att deras roll är svår, främst på grund av deras bristande kunskap om brukaren, men också för att deras roll är odefinierad (Resultat) (Eklund Nilsen & Jensen, 2012, s. 9)

Ek et al (2012) studerar IP i Norge. I Norge är koordinatorsrollen lagstadgad. Vilket medför att rollen tilldelas någon inom verksamheten. Det som framkommer i citaten ovan är svårigheten att få rollen tilldelad utan god kännedom om vad rollen innebär samt utan, i vissa fall, ha kännedom om patienten.

4.9.2. Dokumentation

SIP/IP är en lagstadgad planering. Dock finns det, vare sig i Norge eller Sverige en sammanhållen mall för hur dokumentationen ska se ut. I Sverige finns det i lagtexten en guide till vilka frågor som skall besvaras men inte hur detta ska dokumenteras i respektive dokumentationssystem. Olika verksamheter vet inte hur de ska använda SIP/IP-dokumentet.

> Det verkar dock finnas stora variationer hur den individuella planen används. Baserat på våra intervjuer fann vi att den individuella planen ofta blir ett ”skrivbordsdokument” när den väl skrivits och hamnar i samordnarens låda och förblir där tills någon påminns om den. Vid den tidpunkten tenderar den att vara inaktuell och måste revideras helt. På detta sätt är potentialen för den enskilda planen att vara ett levande och informativt dokument orealiserad (Resultat) (Eklund Nilsen & Jensen, 2012, s. 11)

SIP/IP-planen tenderar att vara en produkt för att visa att samverkan enligt lag har ägt rum. Det finns en plan att visa upp.

> Den individuella planen kan alltså ses som att man har fullföljt det lagstadgade uppdraget med samverkan mellan verksamheterna och blir ett kvitto för att samverkan har ägt rum. Å andra sidan tycktes det vara mer tveksamt om planen bidrog till att skapa bättre förutsättningar för familjen och barnet och visade på konkreta utfall av olika åtgärder (Resultat). (Ek, Isaksson, & Eriksson, 2017, s. 67)

När planen används blir det ett viktigt verktyg i samverkan och för patienten.

> Dessutom är ett uppdaterat och "live dokument” ett viktigt kommunikativt verktyg som kan bidra till att underlätta för brukaren från en myndighet till en annan, från en kommun till en annan, från en koordinator till en annan och så vidare (Resultat). (Eklund Nilsen & Jensen, 2012, s. 11)

Samtidigt är det inte själva dokumentet som är det viktiga, enligt Eklund et al (2012). De skrivet att det är processen att definiera mål, delat ansvar och säkerställa aktivitet som är det essentiella med SIP/IP-processen (Eklund Nilsen & Jensen, 2012).

Utöver att dokumentationen är viktigt för professionen är den till för patienten. Planen är till för patienten inte för professionen. Nordström et al (2016) ger exempel på främjande dokumentation:

> Ett annat perspektiv på främjande dokumentation avsåg dokumentation av pågående SIP-möte på dator samt att dokumentet visas på bildskärmen så att alla deltagare i det specifika SIP-mötet ser det skrivna. På så sätt skulle alla få en chans att säga sitt om dokumentationen, samt att alla får varsitt exemplar av dokumentet i direkt anslutning till mötet. En deltagare uttryckte detta som att ”SIP-dokumentet får föräldern och fäster på kylskåpet, och då vet de vart de skall vända sig (Resultat) (Nordström, Josephson, Hedberg, & Kjellström, 2016, s. 51)

Dokumentationen är viktigt för att kunna följa upp att alla arbetar mot de uppsatta målen. SIP/IP-processen är till för att förbättra samarbetet med och kring patienten. Därav är konsten att sätta mål en viktig process. Matscheck et al (2018) skriver dock att SIP-planerna i den undersökningen var en lista av behov så som ”vara fri från droger” och att det inte gick att särskilja mellan intervention och mål i dokumentationen. Holum (2012) visar på att formulera mål är en tidskrävande process:

> För vissa av patienterna var formulering av mål en process där de behövde ges lite tid för att kunna ändra sina mål i en mer realistisk riktning. De professionella måste vara medvetna om detta tidsbehov samt att det är en process i sig (Diskussion) (Holum, 2012, s. 53)

Både SIP och IP ska innehålla målsättningar enligt lagstiftningen. Nivå på målen är dock inte reglerade vilket gör att det är viktigt för samordnaren och patienten att hitta rimliga målsättningar för patienten.

4.10. Analys av SIP/IP-processen

Det finns ingen nationell mall på hur en SIP/IP ska dokumenteras. Det är upp till varje lokal enhet att ta fram lokala rutiner. Detta gäller till viss del även på SIP/IP-processen. Artiklarna beskriver att det saknas kunskap om hur SIP/IP-planerna ska tas om hand efter att de är upprättade. Planerna hamnar i en byrålåda och används inte som en aktiv del i patienten vård och stödinsatser. Vårdanalys (2016) pekade på detta fenomen i sin rapport Samordnad vård och omsorg. Samordnade planer ses som en pappersprodukt som inte används i arbete med patienterna. Likväl pekar detta på en stor kunskapsbrist hos professionen om vad samordning innebär och vad som kan uppnås med samordning med SIP som verktyg (Vårdanalys, 2016)

Det finns en kunskapsbrist både i samverkan och i SIP/IP-processen. Exempelvis beskriver lagstiftningen inte hur SIP/IP ska genomföras. Lagstiftningen beskriver att det ska genomföras (Prop. 2008/09:193, 2009). Detta bidrar till stora regionala och lokala skillnader hur en SIP/IP-process ska genomföras och dokumenteras. Avsaknad av rutiner, vana och kunskap hos professionen medför att SIP/IP-prioriteras ner eller inte upprättas (Vårdanalys, 2020).

Kunskapsbristen hos professionen kan göra att SIP/IP- processen tappas bort. SIP/IP-processen innehåller förberedelser, genomförande och uppföljning samt avslut. SIP/IP regredieras till ett enskilt möte som kallas för SIP/IP-möte. Enligt lagstiftningen är SIP/IP patientens planeringsverktyg, men som artiklarna visar ses SIP som en verksamhetsplan och

lösning av samverkansproblematik, vilket Vårdanalys pekar på i båda rapporterna (Vårdanalys, 2016; Vårdanalys, 2020). SIP blir således inte patienternas plan. SIP används när verksamhetens ångestnivå är hög. Vilket kan medföra att samverkan försvåras.

Som tidigare nämnt så används SIP/IP ofta till professionens ångesthantering och det medför att SIP/IP kan sammankallas när det inte behövs. Professionerna har svårt att navigera när en SIP/IP ska genomföras eller när SIP/IP inte behövs. SIP/IP är lagstadgad. Det innebär bland annat att kallade verksamheter måste delta. Detta upplevs, som artiklarna beskriver, som ett tvång. Kallas det till SIP/IP ska någon från verksamheten ska gå. Det framkommer i artiklarna en frustration hos professionen att man måste prioritera SIP/IP-möten framför patienter med upplevt större behov.

5. DISKUSSION

Studien syfte har varit att genomföra en systematisk litteraturöversikt för att kartlägga forskning gällande samordnad individuell plan (SIP), för personer med psykisk funktionsnedsättning.

Diskussion är uppdelad i olika delar. Kapitlet inledes med resultatdiskussion där varje frågeställning besvaras var och en för sig. Detta följs åt av författarnas egna erfarenheter, metodologisk- och etisk diskussion samt slutsats.

5.1. Hur påverkar SIP/IP samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård?

Ett resultat är att samverkan blir personbundet. Samverkan bygger på att det finns intresserade personer inom organisationerna som prioriterar samverkan och i förlängningen SIP/IP-processen. Frontlinjebyråkrater (2016) rör sig i gränslandet mellan byråkratiska gränser genom att både se organisationens gränser och patientens behov. Grell (2016) skriver om *boundary spanners*[3] vilket skulle kunna vara en nyckel till att låsa upp slutna organisationer som har svårt att samverka med varandra.

SIP/IP kan underlätta samverkan mellan socialtjänst och sjukvården. Resultatet visar på att samverkan underlättas om organisationerna prioriterar och främjar arbetet med SIP/IP. En annan viktig faktor för att arbetet med SIP/IP ska gynna samverkan är att det finns kunniga och drivna personer som möjliggör detta arbete inom organisationen. Resultaten också att förutsättningarna för en fungerande samverkan är att det finns en driven koordinator och organisatoriskt stöd för professionen för SIP/IP arbetet.

[3] Personer som rör sig i gränslandet mellan organisationerna och möjliggör samverkan.

I resultatet framkommer också att det behövs en tydlighet i ansvarsfördelning som kan medför att organisationerna vet vad respektive insats i patientens liv ska göra. Resultaten visar på att en avsaknad av en gemensam dokumentationsplattform medför svårigheter i samverkan då det också saknas en gemensam dokumentationsrutin. Detta gäller både inom olika organisationer och olika delar av länderna. Vidare visar artiklarna att SIP/IP tenderar att bli en produkt som hamnar i en låda och inte används i patientens vård och insatser. Detta kan medföra att SIP/IP inte används som det är tänkt som patientens huvudplan.

5.2. Hur ser betydelsen av SIP/IP ut när det gäller påverkan på patientens livssituation?

I en av artiklarna beskrivs det att patienternas förväntan på vad SIP/IP kan förändra är för hög (Holum, 2012). Koordinatorn eller samordnarens roll blir därför att tydliggöra rimliga målsättningar och förklara syftet med planeringsmötet. I Sverige är detta en roll som ofta hälso- och sjukvårdskuratorn har. Målet med SIP/IP är att patienten och professionen skapar en gemensam sammanhållen planering som ska medföra en tydlighet i vem som gör vad. Planeringens syfte är inte att patienten går från mötet med beviljade insatser utan en plan för vilka insatser som behövs och hur dessa ska kunna initieras. Efter planeringsmötet ligger ansvaret på respektive organisation att utreda, besluta och erbjuda de eventuella insatser och vård som har lyfts på mötet och som respektive profession har ansvar över.

Ek et al (2017) mfl. framkommer det att SIP används i komplexa ärenden. I förarbetena till SIP-lagen framkommer det inte en tydlig beskrivning för när SIP är aktuell att använda som verktyg. En artikel visar också på att vissa professionella undviker SIP för att det är obehagligt eftersom ärendena som lyfts är för komplexa (Ek, Isaksson, & Eriksson, 2017). I fall där SIP/IP används i ärenden som upplevs komplexa används verktyget för professionens planering och inte som patientens plan. Vilket är i strid med hur SIP/IP ska användas.

När SIP/IP-processen genomförs på ett genomtänkt kan planeringen ha en positiv inverkan på patienternas livssituation. Insatserna erbjuds i rätt tid och insatserna har ett uttalat syfte som minimerar dubbelarbete för både patienten och professionen. I några av artiklarna (Hedberg, Nordström, Kjellström, & Josephson, 2018; Langhammer, Hellem, Bruusgaard, Alve, & Slettenö, 2015) lyfts patientens livssituation och att SIP/IP kan ha en påverkan på patientens livssituation. Metoden i artiklarna är inte longitudinell, vilket medför att det är svårt att dra slutsatser på längre sikt om SIP/IPs långtidsverkande effekter på patienterna livssituation.

5.3. Hur ser kunskapen ut gällande SIP/IP-processen hos de professionella som ska genomföra en SIP/IP-process?

Det finns en lag om att SIP och IP ska genomföras. Dock saknas nationella föreskrifter om hur SIP och IP ska genomföras. I resultatet framkommer det att lokala variationer i insatsen SIP/IP tas fram, således blir inte insatsen likvärdig. Det framkommer i resultatet att SIP/IP-

processen kräver tid, kunskap och att organisationerna som är ålagda denna planering måste prioritera tiden samt inhämtande av kunskap om SIP/IP-processen.Utan en tydlig prioritering av SIP/IP medför det att sjukvården prioriterar ner SIP/IP-processen, vilket beskrivs i Ek et. al (2017). Det har också framkommit i artiklarna att det finns en kunskapsbrist gällande SIP/IP-processen (Nordström, Josephson, Hedberg, & Kjellström, 2016). Detta leder till att bedömningarna om behov av SIP/IP kan bli felaktiga eller helt utebli.

SIP/IP är en del av samverkan mellan myndigheter. Informell organisering som innebär att professionen suddar ut de organisatoriska gränserna mellan sina respektive organisationer. Denna typ av organisering medför att professionen behöver hög kunskap om dels SIP/IP-processen samt angränsade organisationer. Grell (2016) menar informell organisering skulle kunna underlätta samverkan mellan myndigheter. Med informell organisering skulle organisationsgränserna vara mindre viktiga för att genomföra sitt arbete inom respektive organisation. SIP/IP är en process som initialt kan medföra ytterligare arbetsuppgifter för en enskild professionell. I resultatet framkommer det en frustration hos de professionella över sin formella organisering som försvårar arbetet med SIP/IP. I resultatet framkommer en indikation på att minimera de organisatoriska gränser som finns.

5.4. Socialt arbete i hälso- och sjukvården

Författarna till denna uppsats arbetar som kuratorer inom hälso- och sjukvården såsom ca 10% av samtliga socionomer (Sernbo, 2019). Hälso- och sjukvårdskuratorn har en unik uppgift inom sjukvårdssystemet jämfört med sina kollegor. Hälso- och sjukvårdskuratorn ser patienten som en individen som en del av ett samhälle och inte enbart som en patient som lider av en sjukdom som behöver botas eller lindras. Hälso- och sjukvårdskuratorn balanserar två perspektiv samtidigt, dels organisationens förutsättningar och patientens behov av stöd (Sernbo, 2019). Exempels i den nya utskrivnings processen från slutenvården. Patienten kan vara medicinskt färdigbehandlad på slutenvårdsnivå, men sociala insatser saknas och behöver komma på plats för att patienten ska kunna skrivas ut. Hälso- och sjukvårdskuratorns kan både se det medicinska perspektivet och samverka med andra välfärdsmyndigheter och patientens nätverk i syfte att möjliggöra en smidig utskrivning.

Utöver att Hälso- och sjukvårdskuratorn har en unik roll för patienten så är Hälso- och sjukvårdskuratorn den funktion inom vården som ser hälso- och sjukvårdsorganisationens förutsättningar i relation till det kliniska arbetet (Sernbo, 2019). Nordstöm et.al (2016) skriver om frontlinjebyråkrater som en funktion som rör sig mellan organisationers gränsland. Grell (2016) skriver om *boundary spanners* vilket också är en funktion som rör sig mellan organisations gränder. Hälso- och sjukvårdskuratorn arbetar med patientens nätverk och samverka med välfärdens myndigheter. Därav är det möjligt att påstå att hälso- och sjukvårdskuratorns funktion kan liknas med frontlinjebyråkrat och *boundary spanners*. Hälso- och sjukvårdskuratorn arbetar inte med myndighetsutövning till skillnad från andra yrken inom socialt arbete i Sverige. Hälso- och sjukvårdskuratorn tar inte beslut enligt exempelvis socialtjänstlagen (Sernbo, 2019). SIP blir ett viktigt verktyg i samverkan mellan

myndigheter och för patientens planering av sina sociala insatser och vården patienten erbjuds.

5.5. Metodologisk diskussion

Alla artiklar utom en är av kvalitativ design. Det i sig själv medför ett lägre evidensvärde jämfört med kvantitativ design och av Randomiserade kontrollerade studier. Strategiskt urval som innebär att forskarna väljer ut särskilda grupper med särskilda egenskaper eller erfarenheter exempelvis erfarenhet av SIP/IP-processen. Urvalet kan kritiseras då urvalsgruppen inte är randomiserad vilket har det högsta evidensvärdet. Samtidigt kan randomiserat urval medföra irrelevanta informanter utifrån forskningsområdet.

Kvalitativ design medför en ökad förståelse för fenomenet SIP/IP och hur den insatsen uppfattas av profession och patienten. Samtidigt är en svaghet i artiklarna att ett signifikant statistiskt säkerställt resultat inte kan tas fram. Urvalgrupperna är för små. Resultaten medför inte någon generalisering av kunskapen. Resultatet i artiklarna återspeglar urvalsgruppens upplevelser. Inkluderade artiklar har antigen återspeglats ur patienters och professionellas perspektiv.

Källmen et al. (2017) är den artikel som inkluderades som är av kvantitativ design. Studien baserar sig på enkätutskick. Urvalet är 700 personer som alla har deltagit i samma konferens gällande SIP. Några generaliserbara slutsatser är svåra att genomföra även då det var av kvantitativ design. Detta eftersom urvalsgruppen var för liten.

Kritiken mot uppsatsen är att urvalet är lite. Utöver det är urvalsgrupperna i inkluderade artiklar liten. Detta gör att det är svårt att dra en generell slutsats. I resultaten som framkommer kan ge en indikation på SIP/IP-processen. Evidensen för inkluderande artiklar är relativt liten jämfört med kvantitativa randomiserade kontrollerade studier. Viss ökad kunskap inom området bidrar artiklarna med.

Under arbetets gång med uppsatsen genomfördes ett antal sökningar utifrån PICO modellen. Inga reservationer på kvalitativ eller kvantitativ forskning. Området innehöll 400 artiklar. Initialt inkluderade Norden i sökningen. Efter ha sett över hur Nordens länder arbetar med samverkan och individuell plan framkom det att var att Norge och Sverige har en näst intill identisk lagstiftning. Detta medförde att författarna inkluderade Norge.

Författarna besitter en förkunskap i ämnet. Detta bidrar till förförståelse för små nyanser och detaljer som identifierats i artiklarna. Lika så medför förförståelse en god insyn om hur SIP används idag och diskrepansen mot hur lagstiftaren avsåg att den skulle användas. Samtidigt finns en svag risk att författarna kan färgas av sin förförstående eftersom båda är yrkesverksamma i en verksamhet som arbetar med SIP. Strävan har varit att författarna har förhållit sig neutralt till den insamlade data. Förförståelse bör inte ha påverkat tolkningen av artiklarna på ett snedvridet sätt.

Manuell sökning genomfördes inte i denna uppsats. Resonemanget var att artiklar som är publicerade och är peer reviewed och som har SIP som intervention borde ha fastnat i

sökningarna. Utöver det framkom det i artiklarna som valdes ut att forskning på SIP vad begränsad.

5.6. Etisk diskussion

Inhämtade data kommer från sekundära källor. Således förlägger inget etiskt dilemma utifrån inhämtande av data genomfördes via sekundärkällor och inte via exempelvis intervjuer med informanter eller enkätsvar. I alla inkluderade artiklar förs en tydlig etisk diskussion och ställningstagande. Författarna till artiklarna tar ställning till etiska dilemman som patienter och professionella skulle kunna ställs inför när informanterna intervjuas. De inkluderade artiklarna innehåller ställningstagande till informanternas frivilliga deltagande, anonymitet, konfidentialitet och forskarnas tystnadsplikt. Alla artiklar uppfyller både norska och svenska forskningsetiska råd. Allt material är anonymiserat och samtliga deltagare har informerats om studiens syfte och frivilliga deltagande. Utöver det har informanterna lämnat skriftliga och muntliga samtycken till deltagande. Artiklarna bedöms utifrån Vetenskapsrådets (2017)riktlinjer ha högt etiskt värde.

5.7. Slutsatser och författarnas kliniska erfarenhet

5.7.1. Författarnas kliniska erfarenheter av SIP/IP-processen

Båda författarna har erfarenhet av att arbeta med SIP. Författarna har både varit samordnare, sammankallande och blivit kallade till SIP mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård. En erfarenhet är att samverkan är problematisk eftersom socialtjänsten och hälso- och sjukvården har olika tolkningar av hur SIP ska gå till samt vad SIP ska användas till. Det är till och med så att olika enheter inom samma huvudman har olika tolkningar och agendor på när och hur SIP ska användas. Utan en gemensam tolkning av SIP-processen blir samverkan problematisk, ineffektiv och skapar frustration mellan professionerna.

En annan klinisk erfarenhet är att SIP efterfrågas när ett ärende upplevs som komplext. Komplexiteten i ärenden kan delas upp i två. Ett när det finns en krävande och obehaglig patient som är svårhanterad. Den andra är när själva problematiken runt patienten är omfattande och komplext. I båda dessa fall tenderar det att kallas till SIP som någon from av lösning på verksamhetens upplevda svårigheter. Majoriteten av tillfällen när SIP påkallas är när verksamheten har behov av att lösa patientens problematik mer än patienten själv.

Författarna kan bekräfta det som framkommer i artiklarna att sjukvården sitter högst upp i hierarkin. Socialtjänst begär läkarintyg och behandlingsplaner på problematik som inte är av psykiatrisk art. Exempelvis medicinsk behandling på utåtagerande beteende som inte går att behandla medicinskt utan kräver andra insatser.

Författarnas egna erfarenheter är att SIP i vissa ärenden har en positiv inverkan på patientens livssituation. Men likväl finns det patienter som snarare blir sämre av SIP-

processen eller att situationen inte förändras alls. Ett kunskapslyft och en gemensam kunskapsbas efterfrågas för att använda SIP/IP som det är tänkt.

5.7.2. Slutsatser

En slutsats är att det skulle underlätta samverkan om det fanns ett nationellt system som guidar professionen genom SIP/IP processen. Det framkommer även att det finns en kunskapsbrist i SIP/IP-processen. Det skulle kunna motverkas med utbildning samt övning i att genomföra en hel SIP/IP-process i en form av klinisk övningsverksamhet. Lika så behövs det ett kommunikationssystem mellan kommun och regioner för att underlätta samtal mellan organisationerna. Den hierarkiska ordningen som verksamheterna har inrättat gentemot varandra skapar svårigheter i SIP/IP-processen. Sjukvården anser sig själv vara högst upp och beställer gärna insatser av andra verksamheter. Sjukvårdens placering bekräftas av andra verksamheter eftersom de begär bland annat intyg och försöker finna medicinska lösningar på sociala bekymmer. Socialt arbete inom sjukvården är en viktig del för att sammanknyta sjukvården med andra välfärdsmyndigheter och kommunen i synnerhet. SIP är det verktyg som har till ambition att sammanknyta hälso- och sjukvården med socialtjänsten. Det social arbete inom sjukvården är en viktig funktion för att smörja organisationernas stela kugghjul.

Lagen är liknande gällande SIP/IP i Sverige och Norge. Den skillnadens om finns är att koordinatorrollen är lagstiftad att den skall tillsättas. Det saknas en motsvarighet i den svenska lagen. Utifrån resultaten kan fråga väckan om att lagstifta om att koordinator ska tillsättas även i Sverige.

Utifrån de resultaten som finns det risk att patienten får olika insatser och vård beroende på vart i landet de bor. I Sverige och Norge finns fritt vårdval som innebär att patienten kan välja specialiserad öppenvård oavsett vart i landet man bor. Detta är en fördel eftersom olika vårdinrättningar erbjuder olika vård. Som medborgaren kan man välja den öppenvården som du anser passar dig. Samma motsvarigheter föreligger inte inom socialtjänsten. Man är således bunden till den kommun man är folkbokförd i. Det medför att en medborgare i en resursstark kommun kan erbjudas andra insatser jämfört med en resurssvag kommun. Detta påverkar även SIP/IP processen när olika kommunen har olika insatser att erbjuda. En frågeställning som lyfts och kan vara värd att diskutera är en möjlighet till fritt val av socialtjänst oavsett kommun, i syfte att förenkla och förbättra samverkan för patienten och i slutändan SIP/IP-processen?

Det som tydligt framkommer är att forskningen på SIP/IP är begränsad. Lagstiftaren har valt att säga att socialtjänst och hälso- och sjukvården sedan 2010 ska göra en bedömning av om behov av SIP föreligger och genomföra SIP om behov finns. Forskarvärlden har i begränsad mängd forskat på SIP. SBU identifierade denna kunskapslucka 2013. Trots det har inte större kvantitet på forskning på SIP/IP genomförts. Således behövs mer forskning i syfte att ta fram ökad evidens för SIP/IPs inverkan på patientens vardag samt som verktyg för professionen. En tanke skulle vara att forska på SIP som en intervention man kan erbjuda och inte som en del av annan samverkansforskning. Förslag på forskning är att följa patienter över en längre period för att se om SIP/IP har en inverkan på livssituationen. Ett annat förslag är att forska

på om SIP/IP är det bästa verktyget för samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård.

Referenslista

SFS 2014:821. (u.d.). *Patientlag*. Hämtat från riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821 den 30 05 2020

1177 Vårdguiden. (den 30 04 2020). *Välja vårdmottagning*. Hämtat från 1177.se: https://www.1177.se/sa-fungerar-varden/att-valja-vardmottagning/valja-vardmottagning/ den 07 11 2020

Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber.

Bäck, H., Larsson, T., & Erlingsson, G. Ó. (2011). *Den svenska politiken: struktur, processer och resultat*. Malmö: Liber.

Ek, H., Isaksson, J., & Eriksson, R. (2017). Professioner, makt och samverkan - Socialtjänstens, skolans och BUP:s arbete med ungdomar som. *Socialvetenskaplig tidskrift 2017:1*.

Eklund Nilsen, A., & Jensen, H. (2012). Cooperation and coordination around children with individual plans. *Scandinavian Journal of Disability Research, 14*(1), 1-14.

Enheten för kliniska studier, V. (den 04 11 2016). *Enheten för kliniska studier, Vetenskapsrådet*. Hämtat från Kliniska studier: https://www.kliniskastudier.se/forskningslandet-sverige/det-svenska-sjukvardssystemet.html#

Esbjörnson, S., & Hagqvist, A. (2013). *Individuell plan enligt SoL och HsL - Till nytta för brukarna?* Borås: Högskolan i Borås, Rapport Nummer 29.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturöversikter - Värdering, analys och presentation ac omvårdnadsforskning* (4:e uppl.). Stockholm: Natur och Kultur.

Förenta Nationerna. (den 13 december 2006). Konvention om rättigheter för personer med funktionsnesättning och fakutltativt protokoll till konventionen omm rättingeter för personer med funktionsnedsättning. New York. Hämtat från https://www.regeringen.se/globalassets/regeringen/dokument/socialdepartementet/funktionshinder/konvention-om-rattigheter-for-personer-med-funktionshinder-a4-webboptimerad.pdf

Försäkringskassan. (den 18 12 2015). *Rättsligt ställningsatagnde, Dnr 58935-2015*. Hämtat från forsakringskassan.se: https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/f1b07ce1-4d76-4e5c-be85-30208b8c7f8f/fkrs2015-07_psykiskfunktionsnedsattning.pdf?MOD=AJPERES&CVID= den 26 03 2020

Grell, P. (2016). Komplexa behov eller komplexa - Konsekvenser av specialiserad individ- och familjeomsorg ur ett klientperspektiv. Umeå. Hämtat från https://umu.diva-portal.org/smash/get/diva2:954621/FULLTEXT03.pdf

Grell, P., Ahmadi, N., & Blom, B. (2013). Hur inverkar organisationsstrukturen på socialtjänstens klientarbete? *Socialvetenskaplig tidsskrift*, 222-240.

Grell, P., Ahmadi, N., & Blom, B. (2016). Organizationally specialized personal social services and clients. *Nordic Social Work Research, 6*(3), 188-200.

Hedberg, B., Nordström, E., Kjellström, S., & Josephson, I. (2018). “We found a solution, sort of” – A qualitativeinterview study with children and parents on theirexperiences of the coordinated individual plan(CIP) in Sweden. *Cogent Medicine (2018), 5: 1428033*.

Helse Norge . (den 04 12 2020). *Fritt behandlingsvalg* . Hämtat från Helse Norge : https://www.helsenorge.no/rettigheter/fritt-behandlingsvalg/

Holum, L. C. (2012). “Individual plan” in a user-oriented andempowering perspective: A qualitative study of“individual plans” in Norwegian mental healthservices. *Nordic Psychology 2012, Vol. 64(1), 44–57*.

Jacobsen, D., & Thorsvik, J. (2010). *Hur moderna organisationer fungerar*. Lund: Studentlitteratur.

Johansson, S. (2017). *Social omsorg i socialt arbete : Grunder och fördjupningar*. Malmö: Gleerups .

Källmén, H., Hed, A., & Elgán, T. H. (2017). Collaboration betweencommunity social services and healthcare institutions: The use of a collaborativeindividual plan. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs 2017, Vol. 34(2) 119–130*.

Langhammer, B. M., Hellem, E., Bruusgaard, K., Alve, G., & Slettenö. (2015). Working with Individual plans: Users' perspective on challanges and conflicts of users' needs in health and social services. *Scandinavian Journal of Disability Research, 17*(1), 26-45.

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*, 55-71.

Meeuwisse, A., & Swärd, H. (2002). *En nordisk modell i socialt arbete och utbildning?* Lund: Lunds universitet : Socialhögskolan.

Nationell psykiatirsamordning. (2006). *Vad är psykisk funktionshinder - Nationell psykiatrisamordning ger sin definition av begreppet psykisk funktionshinder*. Stockholm: Statens offentliga utredningar. Hämtat från https://www.personligtombud.se/publikationer/pdf/vad%20ar%20psyk%20fh%20nat%20ps.pdf

Nordström, E., Josephson, I., Hedberg, B., & Kjellström, S. (2016). Agenda för samverkan eller verksamhetens agenda? *Socialvetenskaplig tidsskrift, 1*, 37-57.

Prop. 2008/09:193. (den 20 maj 2009). Vissa psykiatrifrågor m.m. Stockholm: Regeringen. Hämtat från https://www.regeringen.se/49bbda/contentassets/237041462a5541efb8a7553dabd257ca/vissa-psykiatrifragor-m.m.-prop.-200809193

Prop. 2016/2017:106. (den 16 02 2017). Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård. Stockholm: Regeringen. Hämtat från https://www.regeringen.se/492595/contentassets/85dc9f5b3e2e485e9e899d4ca90692b0/samverkan-vid-utskrivning-fran-sluten-halso--och-sjukvard.pdf

Proposition 1993/94:218. (den 24 03 1994). *Psykiskt störda villkor*. Hämtat från Riksdagen: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/proposition/psykiskt-stordas-villkor_GH03218/html

Regeringskansliet. (den 22 januari 2015). Arbetet på lokal nivå. Hämtat från https://www.regeringen.se/sa-styrs-sverige/arbetet-pa-lokal-niva/

Regeringskansliet. (den 23 januari 2015). Arbetet på regional nivå. Hämtat från https://www.regeringen.se/sa-styrs-sverige/arbetet-pa-regional-niva/

Region Värmland. (den 28 10 2020). *Norges nya fylken*. Hämtat från Region Värmland : https://www.regionvarmland.se/utveckling-tillvaxt/internationellt/norge/dialog-sverige-norge/norges-nya-fylken/

SBU. (den 16 01 2013). *Samordnade individuella vårdplaner vid psykisk funktionsnedsättning*. Hämtat från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering: https://www.sbu.se/sv/publikationer/kunskapsluckor/samordnade-individuella-vardplaner-vid-psykisk-funktionsnedsattning-/

SBU. (2017). *Samverkan vid psykisk ohälsa inom hälso- och sjukvård, socialtjänst samt socialförsäkring*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.

SBU. (2017). *Samverkan vid psykisk ohälsa inom hälso- och sjukvård, socialtjänst samt socialförsäkring*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering .

Sernbo, E. (2019). *Med avstegen som arbetsplats - en etnografisk studie om hälso- och sjukvårdskuratorns arbete*. Göteborg: Göteborgs universitet.

SFS 1991:1128. (u.d.). *Lag om psykiatrisk tvångsvård*. Hämtat från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19911128-om-psykiatrisk-tvangsvard_sfs-1991-1128 den 30 05 2020

SFS 1993:387. (u.d.). Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade. Hämtat från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1993387-om-stod-och-service-till-vissa_sfs-1993-387 den 30 05 2020

SFS 2001:453. (u.d.). *Socialtjänstlag*. Hämtat från riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453 den 30 05 2021

SFS 2017:612. (u.d.). *Lag om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård*. Hämtat från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2017612-om-samverkan-vid-utskrivning-fran_sfs-2017-612 den 30 05 2020

SFS 2017:725. (u.d.). *Kommunallag*. Hämtat från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/kommunallag-2017725_sfs-2017-725

SKR. (den 19 03 2020). *Samordnad individuell plan*. Hämtat från Sveriges kommuner och regioner: https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/samordnadindividuellplansip.samordnadindividuellplan.html

SKR. (den 03 05 2020). *Så styrs en kommun*. Hämtat från Sveriges kommuner och regioner: https://skr.se/demokratiledningstyrning/politiskstyrningfortroendevalda/kommunaltsjalvstyresastyrskommunenochregionen/sastyrskommunen.735.html

Socialstyrelsen. (2007). *Gemensam planering – på den enskildes villkor*. Socialstyrelsen .

Socialstyrelsen. (2015). *Handleplaner*. Hämtat från Socialstyrelsen.dk: https://socialstyrelsen.dk/handicap/hjerneskade/bornehjernekassen/handleplaner

SOU. (2009). Socialtjänsten, Integritet – Effektivitet. Stockholm: Statens offentliga utredningar. Hämtat från https://www.regeringen.se/49b6a6/contentassets/d5fcedb79b974763b982758535f50086/socialtjansten.-integritet---effektivitet-sou-200932

Vetenskapsrådet. (2017). *God Forskningssed*. Stokholom: Vetenskapsrådet. Hämtat från https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningssed_VR_2017.pdf den 17 01 2021

Vetenskapsrådet. (den 20 09 2020). *Det svenska sjukvårdssytemet*. Hämtat från Kliniska studier: https://www.kliniskastudier.se/forskningslandet-sverige/det-svenska-sjukvardssystemet.html#

Vårdanalys. (2014:8). *Strukturreformer i hälso- och sjukvårdssystem - Erfarenheter från Danmark, Norge, England och Nederländerna*. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.

Vårdanalys. (2016). *Samordnad vård och omsorg - En analys av samordningsutmaningar i ett fragmeterat vård- och omsorgssystem*. Stockholm: Myndigheten för vård och omsorgsanalys.

Vårdanalys. (den 19 03 2020). *Laga efter läge - Uppföljning av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

BILAGA A CHECKLISTA

Checklista för kvalitativa artiklar C. Forsberg & Y. Wengström, 2015.

A. Syftet med studien?

Vilken kvalitativ metod har använts?

Är designen av studien relevant för att besvara frågeställningen?
JA NEJ

B. Undersökningsgrupp

Är urvalskriterier för undersökningsgruppen tydligt beskrivna? (Inklusions- och exklusionskriterier ska vara beskrivna)
JA NEJ

Var genomfördes undersökningen?

Urval – finns det beskrivet var, när och hur undersökningsgruppen kontaktades?
Vilken urvalsmetod användes?
- Strategiskt urval
- Snöbollsurval
- Teoretiskt urval
- Ej angivet

Beskriv undersökningsgruppen (ålder, kön, social status samt annan relevant demografisk bakgrund).

Är undersökningsgruppen lämplig?
JA NEJ

C. Metod för datainsamling

Är fältarbetet tydlig beskrivet (var, av vem och i vilket sammanhang skedde datainsamling)?
JA NEJ
Beskriv:

Beskrivs metoderna för datainsamlingen tydligt (vilken typ av frågor användes etc.)?
Beskriv:

Ange datainsamlingsmetod:
-ostrukturerade intervjuer
-halvstrukturerade intervjuer
-fokusgrupper
-observationer
-video-/ och bandinspelningar
-skrivna texter eller teckningar

Är data systematiskt samlade (finns intervjuguide/studieprotokoll)?
JA NEJ

D. Dataanalys

Hur är begrepp, teman och kategorier utvecklade och tolkade?

Ange om:
-teman är utvecklade som begrepp
-det finns episodiskt presenterade citat
-de individuella svaren är kategoriserade och bredden på kategorierna är beskrivna
-svaren är kodade

Resultatbeskrivning:

Är analys och tolkning av resultat diskuterade?
JA NEJ

Är resultaten trovärdiga (källor bör anges)?
JA NEJ

Är resultaten pålitliga (undersökningens och forskarens trovärdighet)?
JA NEJ

Finns stabilitet och överensstämmelse (är fenomenet konsekvent beskrivet)?
JA NEJ

Är resultaten återförda och diskuterade med undersökningsgruppen?
JA NEJ

Är de teorier och tolkningar som presenterats baserade på insamlade data (finns citat av originaldata, summering av data medtagna som bevis för gjorda tolkningar)?
JA NEJ

E. Utvärdering

Kan resultaten återkopplas till den ursprungliga forskningsfrågan?
JA NEJ

Stöder insamlad data forskarens resultat?
JA NEJ

Har resultaten klinisk relevans?
JA NEJ

Diskuteras metodoligoska brister och risk för bias?
JA NEJ

Finns risk för bias?
JA NEJ

Vilken slutsats drar författaren?

Håller du med om slutsatserna?
JA NEJ
Om nej, varför inte?

Ska artikeln inkluderas?
JA NEJ

BILAGA B – FULLTEXTURVAL

Författare, år och land	Titel	Syfte (orginalspråk)	Urval	Intervention	Datainsamlings metod	Slutsats av studien
Nordström, E et al., 2016, Sverige	Agenda för samverkan eller verksamhetens agenda?	Undersöka professionellas erfarenheter av SIP	Professionella som har 3 års arbetslivserfarenhet med erfarenheter av att delta i SIP-möte	SIP utifrån ett professionellt perspektiv	Fokusgruppsintervju som videoinspelades	Inom samverkan finns en hierarki av makt där BUP har mest makt, därefter socialtjänst och sist skolan. Detta påverkar samverkan. Denna hierarki behöver jämnas ut för en optimal samverkan.
Ek, J et. al., 2017, Sverige	Professioner, makt och samverkan mellan myndigheter	Syftet med studien är att undersöka hur myndigheterna skola, socialtjänst samt barn och ungdomspsykiatri samverkar i arbetet med ungdomar som inte går till skolan	Professionella i chefsposition. Strategiskt urval	SIP utifrån ett professionellt perspektiv	Semistrukturerade intervju som ljudinspelades	Psykiatriska perspektiven dominerar samverkan. Olika kunskapssyner möts i samverkan och ibland kolliderar som påverkar ungdomen negativ. Makt, prestige och status har en roll i samverkan.

Hedberg, B et al., 2018, Sverige	"We found a solution, sort of" – A qualitative interview study with children and parents on their experiences of the coordinated individual plan (CIP) in Sweden	The aim of the present study is to explore children's and parents' experiences of coordinated indi-vidual planning.	Barn och föräldrar som har genomgått minst 1 SIP	SIP utifrån ett patientperspektiv	Semistrukturerade intervju som ljudinspelades	Barn och föräldrar medverkan i SIP begränsades av professionen olika synvinklar. En kooperativ allians stärker patientens ställning i ett SIPmöte. Föräldrars informella ansvar för koordinera alla insatser minskar med lagtiftningen. SIP kan utveklas till att anpassas utifrån barnen och föräldrarnas behov
Eklund Nilsen, A. et al. 2012, Norge	Cooperation and coordination around children with individual plans	The aim of the project is to addresshow the relations within the cooperative teams around these children are	Föräldrar till inkluderade barn, Kontaktperson på dagcentrat, Barnets specialpedagog, Koordinatorn av barnets team, Andra	IP utifrån en koordinering och samverkansperspektiv	Utforskande och action-based casestudy.	Påtvingad koordinering så som beskrivs i artikeln motverkar god samverkan mellan parterna. Samverkan verkar gynnas av ett "bottom-up"

		constructed and carried out from the perspectives of the different agents involved in thecooperatio	relevanta personer			perspektiv. Medger att undersökningen bidrar till forskning om institutionell samverkan
Källmén, H et al. 2017, Sverie	Collaboration between community social services and healthcare institutions: The use of a collaborative individual plan	The aim of the present study wasto investigate the current inter-organisational col-laboration and use of CIPs among professionalsbefore taking part in the course	Personal som arbetar inom kommun, socialtjänst, psykiatrisk vård och behandling av substansanvändning i Stockholm som deltog på en tredagarskurs med fokus SIP och upprättande av SIP.	SIP utifrån samverkans perspektiv med fokus på profissionella	Enkäter till deltagarna på kursen. N=703	Yrkesverksamma använde sig av SIP samt att en SIP-mall existerade. Professionella var positivt inställda till samverkan över organisationsgränserna. Resultaten visade dock att handlingsplanerna (SIP) användes i relativt låg nivå. Därför verkar det som att nivån på samarbete mellan yrkesverksamma inom psykiatrin, behandlingstjänster och

						socialtjänsten är låg. Resultaten visar i synnerhet att samarbetsnivån tycks vara den lägsta när det gäller samarbete mellan behandlingsinsatser för drogavvänjning
Langhammer, B et al. 2015, Norge	Working with Individual Plans: users' perspectives on the challenges and conflicts of users' needs in health and social services	This article focuses on what needs the IP holders expressed, how the different actors in the IP processes met those needs and how the type of disability influenced the outcome of these processes	13 patienter som i sin tur valde ut en professionell som de hade kontakt med. Både patienter samt profession medverkade i studien	IP utifrån patientperspektiv	Case study, kvalitativ beskrivande studie	Hur uttalade behov och hur patienternas drömmar fångades upp berodde på legala och administrativa gränser samt hur koordinatorns position inom hierarkin inom detta administrativa system. Dessutom hur väl IP fungerade berodde också på koordinatorns kunskap och erfarenheter, förmåga att kommunicera

						med andra professionella och patienter samt deras förmåga att manövrera inom systemet.
Matscheck, D., et al. 2019, Sverige	The Coordinated Individual Plan – is this a solution for complex organizations to handle complex needs?	This study aims to explore collaboration in individual cases as it is indicated in coordinated plans(SIP documents) and other case documentation with regard to the target group.	12 stycken casefiles i 6 kommuner i Stockholm Läns Landsting. Ålder 18-65	SIP	Journaler från socialtjänst och i förekommande fall sjukvården.	SIP- används för att dokumentera kortsiktig planering för organisationerna och professionerna som är involverade. Saknas holistisk dokumentation och långsiktighet i planeringen. En preliminär slutsats är att SIP troligen är mindre effektiv för samverkan är mer rigorösa modeller som case managment eller munlitdiciplinär team som är intikrade mot de som behvöer integrerade

						inteverntione n från båda huvudmännen .
Holum, L 2012, Norge	Individua l plan in a user-oriented and empowe ring perspecti ve: A qualitati ve study of individua l plans in Norwegi an mental health services	The aim of this study is to describe what was emphasized as important in their Individual Plan-process by ten patients who were satisfied with their Individual Plan (IP), and also to explore how the process of developmen t and use of the IP possibly can promote strengthene d user participation	10 IP processer som bestod av patienten, Koordinator n och en annan person vald av patienten själv.	IP	Semistruktu rerade intervju	Patienterna som var bäst hjälpta av IP hade resurser att delta, ville ha hjälp samt var samarbetsvilli ga. IP behöver förberedas väl. Ta den tid som krävs för att formulera mål och kartlägga vad som behövs i ärendet. Detta är koordinatorns arbete men den behöver kunskap, tid och stöd för att klara uppgiften. När koordinatorn tog tid att lära känna patienten sam guideade patienten till realistiska målsättningar fungerade planen.

BILAGA C SÖKNINGSHISTORIK

Söknr	Datum	Databas & Databasleverantör	Söktermer	Begrä
1	20200420	Socialvetenskaplig tidsskrift	Samordnad individuell plan	Peer
2	20200420	Academic Search Elite;CINAHL Plus;MEDLINE;APA PsycArticles;APA PsycInfo;SocINDEX	patient care management	Schol Journ
3	20200420	Academic Search Elite;CINAHL Plus;MEDLINE;APA PsycArticles;APA PsycInfo;SocINDEX	"patient care management"	Schol Journ
4	20200420	Academic Search Elite;CINAHL Plus;MEDLINE;APA PsycArticles;APA PsycInfo;SocINDEX	"patient care management" AND mental disabilities	Schol Journ
5	20200420	Academic Search Elite;CINAHL Plus;MEDLINE;APA PsycArticles;APA PsycInfo;SocINDEX	"patient care management" AND mental disabilities AND coordination	Schol Journ
6	20200420	Academic Search Elite;CINAHL Plus;MEDLINE;APA PsycArticles;APA PsycInfo;SocINDEX	"patient care management" AND mental disabilities AND coordinat*	Schol Journ
7	20200420	Pubmed	"Individual plan"	Peer
8	20200420	Social Science Premium Collection	noft("Individual plan") AND noft(coordinat*)	Peer
9	20200420	Academic Search Elite;CINAHL Plus;MEDLINE;APA PsycArticles;APA PsycInfo;SocINDEX	"Individual plan" AND coordinat*	Peer
10	20200420	SveMed+	individual plan AND exp:"Mental Disorders"	Peer
11	20200422	Academic Search Elite;CINAHL Plus;MEDLINE;APA PsycArticles;APA PsycInfo;SocINDEX	"Individual plan" AND coordinat* AND ("mental disord*" or "mental retard*" or "intellectual disab*")	Peer

12	20200422	Academic Search Elite;CINAHL Plus;MEDLINE;APA PsycArticles;APA PsycInfo;SocINDEX	"patient care management" AND coordinat* AND (mental disabilities or mental retardation or intellectual disabilities)	Peer r
13	20200422	SweMed+	"Individual plan" AND exp:"Mental Disorders"	Peer r
14	20200423	SwePub	Samordnad individuell plan conttype:ref	Peer r
15	20200423	SwePub	"individual plan" AND "mental disab*" OR "mental retard*" conttype:ref	Peer r
16	20200423	SwePub	individual plan AND "mental disab*"	Peer r
17	20200423	SwePub	"individual plan" AND "mental retard*"	Peer r

MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS

Box 883, 721 23 Västerås **Tfn:** 021-10 13 00
Box 325, 631 05 Eskilstuna **Tfn:** 016-15 36 00
E-post: info@mdh.se **Webb:** www.mdh.se