



# **Samverkan**

**En gemensam angelägenhet för landsting och  
kommun?**

Arbetsrapport  
Anders Arnsvik  
2014

## Innehållsförteckning

<b>1. Inledning</b>	<b>2</b>
Bakgrund	
Syfte och frågeställningar	
Metod	
Centrala begrepp	
Rapportens disposition	
<b>2. Kunskapsöversikt</b>	<b>6</b>
Vad är samarbete?	
Vad är samverkan?	
Ett första steg är att identifiera skillnader mellan olika huvudmän	
Hämmande faktorer för samverkan	
Främjande faktorer för samverkan	
Sammanfattning	
<b>3. Samverkan i praktiken</b>	<b>9</b>
Inledning	
Samverkan kring personer med sammansatta sociala och medicinska besvär	
Gemensam kompetensutveckling	
Behovet av kunskap om varandra	
Samverkan i forskningsprojekt	
Kartläggning som ett medel för att kunna utveckla samverkan	
Sammanfattning	
<b>4. Kommunala och landstingsdrivna forskningsprojekt</b>	<b>17</b>
Exempel på forskning inom beroendecentrum	
Exempel på forskning inom kommunala FoU-miljöer	
Sammanfattning	
<b>5. Avslutande diskussion</b>	<b>22</b>
<b>Referenser</b>	<b>24</b>
<b>Bilaga</b>	<b>26</b>

# 1. Inledning

---

## Bakgrund

Samverkan mellan olika huvudmän med skilda uppdrag som kommun, beroendevård och psykiatri är ett centralt tema i den här rapporten. I synnerhet ställs samverkan, eller snarare bristen på samverkan, på sin spets då det handlar om personer med sammansatta problem som hemlöshet, arbetslöshet, missbruk och psykisk ohälsa. Frågan har uppmärksammats under de senaste 15 åren och olika initiativ tagits som syftat till förbättra förutsättningarna och lägga en grund till en mer fördjupad samverkan.

Ett första viktigt steg mot samverkan mellan socialtjänstens missbruksvård och beroendevården var Stockholms läns *Policy för missbruks- och beroendevården (1998)* som inspirerade till en utveckling mot lokala integrerade beroendemottagningar i vilka personal från socialtjänst och beroendevård skulle arbeta tillsammans i vardagen. I sammanhanget kan nämnas att det idag, i stort sätt, är väl försörjt med integrerade beroendemottagningar i länet. Den nya policyn, *Policy för att förebygga och behandla missbruk och beroende i Stockholms län (2008)* är ännu tydligare i formuleringarna om samverkan och understryker även behovet av samverkan på andra nivåer än i det dagliga praktiska arbetet på beroendemottagningarna. Policyn har en målinriktning och lyfter fram flera områden som måste utvecklas, förstärkas och förtydligas. Exempelvis föreslås gemensamma utvecklingsprojekt kring gruppen unga vuxna med missbruk och personer med samsjuklighet. I sammanhanget kan nämnas att det också undertecknats en överenskommelse mellan huvudmännen som berör *Samverkan kring vuxna med psykisk sjukdom /funktionsnedsättning (2012)*.

Skälet till översynen av *Policy för missbruks- och beroendevården (1998)* var framför allt behovet av att anpassa den till de *Nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården* som efter många års utredningsarbete blev klar 2007.

I den statligt initierade översynen av *Missbruks- och beroendevården (2008)*, allmänt kallad Missbruksutredningen, betonades vikten av att även utveckla formerna för FoU-samverkan mellan kommuner och landsting. Ett uppmärksammat förslag under utredningsarbetet, som syftade till att eliminera gränsvisterna mellan kommuner och landsting, var förändrat huvudmannaskap med innebörden att samla all missbruks- och beroendevård under hälso- och sjukvården. Men, i remissen (*God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården*) till Lagrådet, 130131, föreslogs dock inget förändrat huvudmannaskap. Däremot förordades fortsatt gemensamt, men tydligare ansvar, och förstärkt samverkan mellan kommun och landsting. Detta reglerades med en skärpning av lagstiftningen och trädde i kraft 1 juli 2013.

I linje med de statliga propåerna om att utveckla FoU-samverkan mellan huvudmännen tog det Regionala samrådet<sup>1</sup> initiativ (2011) till att inbjuda de tre kommunala FoU-miljöerna (FoU-Nordost, FoU-Nordväst samt FoU Södertörn) i länet, utvecklingsenheten inom Stockholms Stad, Beroendecentrum (BC), Centrum för psykiatriforskning (CPF), Centrum för allmänmedicin (CeFam), Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) samt Catio Maria. Syftet var att inleda en process mot en gemensam Avsiktsförklaring avseende samverkan i forskning, utveckling och utbildningsfrågor. En förstärkt kunskapsutveckling (SOU 2011:6) bedömdes vara av strategisk betydelse för kvaliteten inom missbruks- och

---

<sup>1</sup> Centralt samrådsorgan mellan beroendevården, psykiatrin, socialtjänsten och kriminalvården i Stockholms län. Det finns även lokala samråd i vilka ingår representanter från beroendevården, psykiatrin och socialtjänsten. Målsättningen är även att kriminalvården ska ingå i de lokala samråden.

beroendevården och den psykiatriska specialistvården. Inte minst finns ett stort behov av att få kunskap om varandra och på vilket sätt kommunerna och landstinget kan samverka i arbetet med att utveckla vården och omhändertagandet för patienter som är i behov av bägge huvudmännens insatser.

Regionala rådets initiativ, 2011, ledde slutligen fram till att det hösten 2012 undertecknades en Avsiktsförklaring. Nästa steg i processen mot samverkan var att FoU-Nordväst fick i uppdrag av Regionala rådet att undersöka vad de olika verksamheterna har för tankar om samverkan och vad det kan tänkas leda till (Arnsvik, 2013). Under första kvartalet 2013 intervjuades samtliga verksamhetsföreträdare. Följande frågor styrde undersökningen. Hur ska samverkan gestalta sig avseende form och innehåll? Vilka hinder finns? Vilka möjligheter finns?

Att döma av svaren i intervjuerna framförde samtliga att det är viktigt med struktur och att någon leder och ansvarar för samverkansprocessen. Detta kan leda till samarbete. Vidare framkom tydligt att de olika organisationerna har begränsad kunskap om varandras verksamhetsområden. Ökad kunskap om varandra ansågs leda till ökad förståelse för varandras perspektiv. Hindren idag finns både inom organisationerna och mellan organisationerna. Ett sätt att mötas är kring gemensamma projekt. Det kan vara gemensamma utbildningar eller forskningsprojekt. Den allmänna uppfattningen om avsikten med fördjupad samverkan var att det ska gagna personer som möter missbruks- och beroendevården, psykiatri och socialpsykiatri.

Slutrapporten som benämndes *Struktur och utveckling* blev klar i april 2013 och presenterades för Regionala rådet i maj 2013. FoU-nordväst fick därefter fortsatt mandat att under ytterligare en niomånaders period leda samverkansprocessen. Dessutom fick FoU-Nordväst i uppdrag att sammanställa en rapport om samverkan.

### **Syfte och frågeställningar**

Avsikten med den här rapporten är att undersöka om det inom de kommunala och landstingsdrivna FoU-miljöerna i Stockholms län förekommit forskning som haft samverkan som huvudsakligt fokus. Vidare undersöks förekomsten av rapporter som redogjort för personals uppfattning om samverkan, verksamheter med samverkansambitioner samt gemensamma utbildningssatsningar. Vad har i rapporterna lyft fram som främjande och hämmande faktorer för samverkan? Avslutningsvis undersöktes forsknings- och utvecklingsprojekt som fokuserat på;

- personer med beroendesjukdom
- unga vuxna med missbruk,
- samsjuklighet samt
- personer med psykisk funktionsnedsättning

Skälet till avgränsningen till specifika målgrupper var att personerna som ingår i någon av de angivna målgrupperna oftast är i behov av insatser från socialtjänsten och landstinget. Det är inte ovanligt att dessa personer under vissa omständigheter är i behov av samtida insatser. Gällande kategoriseringen i målgrupper bör i sammanhanget nämnas att det i realiteten inte finns några klara skiljelinjer mer än organisatoriska. Till exempel kan individer inom gruppen unga vuxna med missbruks- beroendeproblem ha "sociala problem" som avsaknad av egen inkomst och bostad samt bekymmer med den psykiska hälsan och kan då vara i behov av insatser från både socialtjänsten, beroendevården och psykiatri.

## Metod

Som ett första steg inför karläggningen utarbetades ett frågeunderlag (se bilaga) med utgångspunkt från ovan angivna frågor. Syftet var att intervjua nyckelpersoner inom organisationerna. Riktigt så enkelt var det inte. I några fall lämnades underlaget till en person (BC och CPF) som efter en tid mailade sammanställningar. När det gäller de kommunala FoU-miljöerna kombinerades intervjuer med genomgång av enheternas hemsidor. CES hänvisade enbart till sin hemsida. Personal inom utvecklingsenheten i Stockholms stad och Capio Maria intervjuades men inkom inte med några sammanställningar trots upprepade påstötningar. Även CeFam:s verksamhetschef kontaktades men denne hänvisade vidare till andra personer inom organisationen. Dessa personer var ytterst svåra att nå vilket till slut ledde till att de inte alls kontaktades mer.

De rapporter som omnämns har gjorts inom BC, CES samt av de kommunala FoU-miljöerna. Redovisningen syftar även till att beskriva den forskning som bedrivs/bedrivits inom de olika forskningsmiljöerna angående målgrupperna även om de inte rör samverkan.

Materialet jag tagit del av är omfattande. Det är därför inte möjligt att i den här rapporten redovisa allt och det av flera skäl. Ett sådant skäl är att en väsentlig del av materialet endast består av rubriker på forskningsprojekten. Att göra materialet rättvisa skulle kräva en helt annan arbetsinsats.

Se i stället den här rapporten som ett först steg att få en uppfattning om den forskning som bedrivs inom de olika forskningsmiljöerna. En sammanfattande reflektion vid genomgången är, att oavsett forskningsmiljö ”befinner vi (kommun och landsting) oss på samma spelplan”, men beforskar fenomenet missbruks- och beroendesjukdomar och dess yttringar utifrån olika utgångspunkter såsom sociala, medicinska och psykiatriska perspektiv.

## Centrala begrepp

Både socialtjänsten och landstinget (beroendevården/psykiatrin) möter människor som i varierande grad är i behov av insatser från någon av organisationerna alternativt är i behov av insatser från båda huvudmännen. Gemensamt är att de missbrukar eller är beroende av alkohol och narkotika. Inledningsvis förklaras innebörden i begreppet missbruk och beroende

*Missbruk och beroende* – inom medicinen görs en distinktion mellan missbruk och beroende. Missbruk är när man upprepat ställer till det för sig p.g.a. en drog (alkohol alternativt narkotika). Beroende är när den egna viljan ej längre räcker för att styra intaget (Fass, 2011). Beroendet leder successivt till medicinska, psykiska och sociala konsekvenser. Enligt Socialstyrelsens riktlinjer (2007) bör förhållningssättet till missbruk och beroende vara att det är ett multifaktoriellt fenomen.

Inom gruppen av personer som bedömts vara missbrukare eller beroende görs kategoriseringar som unga vuxna och missbruk, personer med samsjuklighet samt personer med psykisk funktionsnedsättning men vad betyder dessa begrepp. I Missbrukspolicyn för Stockholms län (KSL/SLL, 2008) görs följande klargörande:

*Unga vuxna och missbruk* - unga vuxna som begrepp är i forskningssammanhang vedertaget sedan 20 år tillbaka. Åldersintervallet kan variera men det vanligaste är 18 – 29 år. Innebörden i unga vuxna och missbruk i det här sammanhanget är de som utvecklat skadliga alkoholvanor och narkotikaberoende och som behöver hjälp för att avbryta missbruket. Vidare, *Samsjuklighet* – innebär missbruk och samtidig psykisk sjukdom /neuropsykiatrisk

diagnos eller personlighetsstörningar. Allmänt känt är att dessa personer med samsjuklighet far illa och oftast är i behov av samordnade och samtidiga insatser från olika huvudmän.

Socialstyrelsens definition (2014) av *Psykisk funktionsnedsättning* – är nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga. Problemen uppkommer för en person med funktionsnedsättning i relation till omgivningen (Socialstyrelsens hemsida, 2014).

### **Rapportens disposition**

Rapporten är indelad i fem kapitel. Kapitel två förklarar utifrån aktuell forskning innebörden i begreppen samarbete och samverkan. I tredje kapitlet diskuteras samverkans olika uttrycksformer med utgångspunkt från ett antal rapporter. Kapitel fyra beskriver ett urval av forskningsrapporter inom områdena missbruk och beroende, unga vuxna och missbruk, samsjuklighet samt psykisk funktionsnedsättning vilka producerats av kommunernas och landstingets forskningsmiljöer. Det femte och avslutande kapitlet innehåller en sammanfattande diskussion samt anger förslag på en möjlig fortsättning.

## 2. Kunskapsöversikt

Samverkan bedöms vara centralt för att kunna utveckla vården och omhändertagandet (SOU 2011:6, SoS, 2014). Det här kapitlet ägnas åt att förklara begreppen samarbete och samverkan. Var i ligger skillnaden.

### Vad är samarbete?

Samarbete betecknar vad som sker mellan människor när de gör något tillsammans. Det är en naturlig del av vardagen och sker mellan personer/funktioner inom en organisation men också mellan personal som ingår i andra organisationer. Utmärkande är att det sker spontant eller sporadiskt. Ett viktigt steg ur samarbetssynpunkt var exempelvis att personal från socialtjänstens missbruksvård och beroendevården började arbeta/samarbeta i gemensamma lokaler (KSL/SLL, 1998). Men trots lokalmässigt samarbete kan det uppstå problem. Det är därför väsentligt att särskilja begreppen samarbete och samverkan eftersom de har skilda innebörder.

### Vad är samverkan?

Inledningsvis är det viktigt att framhålla att samverkan mellan organisationer är mer formellt beslutat (Augustinsson, 2010, Danermark, 2003) och är något helt annat än samarbete. Samverkansbegreppet är mångtydigt och komplext (Axelsson och Bihari Axelsson, 2007, Eliasson, 2009) och det är svårt att finna en avgränsad definition. Emellertid, en viktig utgångspunkt för att fastställa vad samverkan är för något är att all samverkan har ett objekt – man samverkar om något. Danermark (2003) har definierat det som medvetna och målinriktade handlingar som utförs tillsammans med andra, i en klart avgränsad grupp avseende ett bestämt problem och syfte. Men, det är här det kan uppstå problem om man inte har klart för sig att samverkan också ställer krav på verksamheter, i form av planering och ledning (Danermark, 2003). Även om syftet med samverkan är att lösa problem, behöver man vara medveten om att samverkan också skapar problem.

### Ett första steg är att identifiera skillnaderna mellan olika huvudmän

Ett första steg är att identifiera skillnaderna mellan olika huvudmän. Mer konkret innebär det att i samverkansgrupper identifiera skillnaderna i *synsätt, organisation och regelverk* (Danermark och Germundsson, 2007). Nedan förklaras innebörden i begreppen eftersom dessa måste bli tydliga för alla samarbetande parter. Inom dessa tre dimensioner finns de viktigaste betingelserna för samverkan:

SYNSÄTT	ORGANISATION	REGELVERK
-att det bakom vårt handlande finns en rad antaganden om verkligheten -att människan är en helhet och i arbetet med människor möts flera olika synsätt -att det är viktigt att synsätten klargörs och diskuteras -det ligger i sakens natur att synsätten skiljer sig åt att visa respekt och lära av varandras synsätt att tänka på hur man talar, språket kan utestänga och trycka ned	-att klargöra de organisatoriska strukturerna de inblandade i samverkan kommer från -att reda ut var det beslutas och vem som har rätt att besluta om vad -att delegera de beslut som går och som är lämpliga att delegera -att ge klara beslutsmandat och erforderliga resurser -att redogöra för skillnader i den politiska styrningen	-att regelsystem ibland ger en eller flera av de inblandade i samverkan stor makt över besluten -att denna makt ibland kan missbrukas -att det i ett tidigt skede är viktigt att gå igenom de skillnader som finns i formella och informella regelverk

Modellen illustrerar på ett tydligt sätt viktiga omständigheter som är nödvändiga att undersöka och klargöra när två eller flera organisationer med skilda uppdrag beslutat sig för att samverka. Om dessa förhållanden inte synliggörs är risken stor att samverksambitionerna går i stå. Exempelvis kan missförstånd mellan olika huvudmän bero på att man inte har kunskap om varandras kompetenser, referensramar och prioriteringar (Germundsson, 2011).

En aspekt vad gäller samverkan är att kunskap om varandra i samverkanssituationer hänger samman med begreppet tillit. Tillit alternativt förtroende för varandra utvecklas om personal i en samverkansprocess mellan olika huvudmän får tid för erfarenhetsutbyte. Mötet dialogen är förutsättningen för kunskapsutbytet (Germundsson, 2011). Forskare som Bergmark och Lundström (2005) har utifrån sin forskning om samverkan sammanfattat svårigheterna som lyfts fram i olika samverkansprojekt. Oftast har det handlat om olikheter i målsättningar, skilda professionella kulturer och inte minst asymmetriska relationer mellan de samverkande yrkesgrupperna. Som ett exempel på asymmetriska relationer är det resonemang som Blomqvist (2012) förde i sin avhandling. Hon undersökte samarbetet mellan Barn och Ungdomspsykiatri (BUP), socialtjänst, skola och familj med särskilt fokus på brukarens upplevelse av samarbete. Det hon noterade i studien var skillnaderna mellan olika verksamhetsområden (socialtjänst, skola och barn- och ungdomspsykiatri) som arbetar mot samma målgrupp. Framför allt var det olikheter i de institutionella miljöerna. Den viktigaste skillnaden som iaktogs var att BUP främst är en expertorganisation inom hälso- och sjukvården där inget yttersta ansvar förekommer, som exempelvis en ”BUP-plikt” i likhet med socialtjänstens yttersta ansvar enligt SoL (Socialtjänstlagen). Hälso- och sjukvårdens barnpsykiatriker och barnpsykologers fullständiga jurisdiktion och expertmakt bidrar till BUP:s höga hierarkiska position och den ojämlika relation som de innebär mellan verksamheterna.

Bergmark och Lundström (2005) har i forskningen om samverkan också identifierat hinder för samverkan som ekonomiska konflikter, dåligt motiverad personal samt olikheter i hierarkier och beslutsstruktur. I avhandlingen *Olikheter som berikar?* (Boklund, 1995) som berör samverkan mellan socialtjänstens olika enheter diskuteras en möjlig väg som kan förbättra samverkan inom och mellan organisationer. Modellen som förespråkas är att det inom organisationen finns nyckelpersoner som har funktionen som samordnare mellan enheterna det vill säga en person som håller samman alla kontakterna. Detta är framför allt viktigt ur ett brukarperspektiv. Under de senaste 10-15 åren har det på olika håll inom Sverige utvecklats särskilda s k Case-manager – team (Socialstyrelsen, 2014) som arbetar med personer med sammansatta problem Case-managerns funktion är att dels samordna arbetet, externt, mellan huvudmännen (socialtjänst, beroendevård och psykiatri) och internt inom sina respektive organisationer.

I forskningen om samverkan mellan olika organisationer med skilda förutsättningar har uppmärksammas faktorer som benämnts som hämmande och främjande vilka är viktiga att ha i åtanke.

### **Hämmande faktorer för samverkan**

- otydliga mål,
- oklar ansvarsfördelning,
- olika ekonomiska intressen,
- organisatoriskt skilda strukturer,
- dålig samordning,



- hög personalomsättning samt
- en för stor arbetsbelastning (Danermark, 2003).

### **Främjande faktorer för samverkan**

Betydelsefulla förutsättningar för en lyckad samverkan är

- att samverkan har en klar och tydlig ledning,
- att samverkan har ett klart uttalat mål,
- att tillräckliga resurser ställs till förfogande,
- att skillnaderna mellan de samverkande avseende synsätt, organisation och regelverk har identifierats samt
- att hindrande skillnader undanröjts eller om detta inte går, sätt att hantera dem utvecklats (Danermark, 2003).

Ovan angivna faktorer är tydliga och understryker att samverkan mellan olika huvudmän är en komplex fråga, det räcker exempelvis inte med lokalmässig samordning. Trots stora samverkanssatsningar de senaste åren i form av projekt, lokalmässig samordning avtalsskrivande med mera förefaller forskningen inom samverkansområdet fortfarande var oplöjd mark.

### **Sammanfattning**

Samverkan som är den här rapportens huvudsakliga fokus är när två eller fler organisationer eller enheter får i uppdrag, eller gemensamt beslutar att göra något som de var för sig inte kan åstadkomma. Syftet med samverkan är att åstadkomma något utöver vad som sker i befintliga organisationer/enheter (Augustinsson 2010, Danermark, 2003).

Varför ska man då samverka? Samverkanssträvandena drivs i hög utsträckning av föreställningar om synergieffekter – och därmed förhoppningar om resursvinster. Det som ytterst legitimerar samverkan är idén om det fruktbara i att bryta olika perspektiv mot varandra, och att sammanföra olika typer av professionell kompetens (Bergmark & Lundström, 2008). Samverkansarbetet präglas av tanken på att helheten erbjuder någonting väsentligt mer än summan av den kompetens som tillförs från olika håll, och att vissa typer av problem allra bäst åtgärdas genom samlade insatser (Bergmark & Lundström, 2008).

### 3. Samverkan i praktiken

---

#### Inledning

Inledningsvis är viktigt att understryka att samarbete mellan olika huvudmän i sig inte är nytt fenomen. Samarbete är något som socialtjänstens och landstingets personal ställs inför dagligen. Ett betydelsefullt steg som syftade mot att fördjupa och utveckla en samverkan mellan personalen i kommunernas missbruksvård och landstingets beroendevård var Länets Policy för missbruks- och beroendevården (1998). I Missbrukspolicyn föreslogs bland annat en utbyggnad av lokala beroendemottagningar i Stockholms län och att dessa helst skulle samlokaliseras med den kommunala missbruksvården. Omorganiseringen av beroendevården är avslutad sedan ett antal år tillbaka och utvecklingen har gagnat det lokala arbetet med alkohol- och narkotikamissbrukare. Missbrukspolicyn (1998) reviderades 2008 och samverkan är alltså ett centralt tema.

På det nationella planet har de Nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården (2007) en tydlig samverkansambition. Riktlinjerna som sammanställts av Socialstyrelsen är ett gemensamt vägledningsdokument för den landstingsdrivna beroendevården och kommunernas missbruksvård. I dokumentet tydliggörs rollerna det vill säga vilken huvudman som ansvarar för vilket område.

Men trots skärpningen som formulerats i lagstiftningen och i olika dokument uppstår det problem. Oftast uppstår bekymmer kring personer med sammansatta sociala, psykiatriska och medicinska besvär. Komplexiteten i den enskildes ”problembild” ställer ofta till det i samarbetet kanske just på grund av att problemen inte är avgränsade utan sammansatta. Oftast behövs gemensamma och samtidigt insatser från huvudmännen. Det är i dessa situationer som samverkan mellan organisationerna ställs på sin spets. Det är också i det här sammanhanget som de olika professionernas gränser utmanas.

Vid genomgången av det insamlade materialet framkom att det inte fanns en enda rapport som specifikt haft samverkan mellan olika huvudmän som forskningsområde. Däremot fanns det uppföljningsrapporter och utvärderingar vilka fokuserat på samverkan. De teman som diskuteras närmare med utgångspunkt från rapporterna är *Erfarenheter av samverkan kring personer med sammansatta problem, Gemensam kompetensutveckling och Behov av kunskap om varandra, Samverkan i forskningsprojekt samt Kartläggning som instrument för att kunna utveckla samverkan*. Utöver dessa teman beskrivs hur två huvudmän kan samverka i specifika forskningsprojekt. Avslutningsvis sammanfattas kapitlet med fokus på vad som uppgivits som hämmande och främjande faktorer i samverkan mellan olika huvudmän.

#### **Samverkan kring personer med sammansatta sociala och medicinska besvär**

Under de senaste fem åren har det publicerats rapporter som uppmärksammat behovet av samverkan kring personer med sammansatta problem. Ett exempel på en sådan rapport är - *Behovet av lokal samverkan kring individer med sammansatta sociala och medicinska besvär* (Burström m fl, 2010). Rapporten beskriver ett genomfört projekt som belyste behovet av samverkan mellan kommuner och landsting ur det lokala perspektivet. Syftet med projektet var att sammanställa erfarenheter av samverkan kring individer med samtidigt sociala och medicinska besvär och analysera hur samverkan kan bidra till att förhindra att individerna faller mellan stolarna. Behovet av fördjupade samverkansinsatser bedöms av de som medverkade i rapporten vara störst i socialt och ekonomiskt utsatta områden. Grupper som är i behov av fördjupad samverkan är;

- personer med sammansatt social problematik och medicinska symtom där diagnos saknas
- personer med en komplicerad livssituation och psykisk ohälsa samt
- personer med psykisk sjukdom i kombination med beroendeproblematik.

Gemensamt för de flesta personer i de angivna målgrupperna är att de varit arbetslösa eller sjuka en längre tid samt haft kontakt med socialtjänsten.

I rapporten intervjuades tjänstemän i relevanta verksamheter med olika huvudmän. Bostadsområdet som valdes var Rinkeby-Kista eftersom det är ett exempel på ett mera socialt och ekonomiskt utsatt område. I intervjuerna underströks att i områden av denna karaktär finns behov samverkansinsatser både med bredare mer generell inriktning till större grupper av befolkningen men också individinriktade insatser som fokuserar på samarbetet mellan bland annat kommun- och landstingsverksamheter. Liknande svar har även lyfts fram vid intervjuer med tjänstemän i andra storstadsområden. Viktiga gemensamma nämnare, som lyftes fram, för framgångsrika samverkansinsatser var bland annat:

- samlokalisering,
- tydliga avtal,
- individens hjälpbehov i fokus i syfte att hitta fungerande lösningar i situationen,
- utåtriktade och uppsökande verksamheter med hög tillgänglighet,
- strukturer och stöd för samverkan i olika beslutsled,
- gemensamma och verksamhetsövergripande ”kravskisser” och
- vård- och handlingsplaner samt i förekommande fall ekonomiska incitament.

Rapporten klargör att organisationsstrukturerna är ett hinder för människor med sammansatta bekymmer och betonar behovet av att bygga upp andra och mer ändamålsenliga strukturer för att kunna möta dessa människors behov. Om den här rapporten kan sägas att den ringar in målgruppen och dess specifika situation.

Men hur ska man då göra för att bygga upp strukturer som även omfattar människor med sammansatta problem? Ett sätt är att göra som Södertälje (Burström m fl, 2010) gjorde redan på 1990-talet. Exemplet är relevant än idag. Samverkan påbörjades mellan landstinget och kommunen i samband med psykiatrireformen år 1995. Målgruppen var ursprungligen personer med långvarig och allvarlig psykisk sjukdom till exempel personer med psykoser. Syftet var att bygga upp en samarbetsmodell utan murar och gränser mellan kommun och landsting. Utgångspunkten var att inte behöva skicka hjälpbehövande mellan olika myndigheter. Behovet av kontinuitet och långsiktiga kontakter togs det särskild hänsyn till då samverkansmodellen började byggas upp. Avsikten var att bygga upp en verksamhet som inte stänger ute personer med de svåraste psykiska funktionshindren. Tre rehabiliteringsenheter ingick också som vände sig till cirka 500 psykiskt funktionshindrade personer. Varje enhet hade också en träfflokal med café. I träfflokalen erbjuds även olika former av strukturerad verksamhet.

Syftet med samverkan var att minska behovet av slutenvård och institutionsvård genom att i stället ha nära samverkan med öppenvård och stödjande insatser där man bor. Personalen bestod av både landstingets och kommunens anställda. Samverkan utvidgades också till att omfatta även allmänpsykiatrin det vill säga till personer som har kontakt med allmänpsykiatrin och behöver stöd från kommunen. Samverkan så som den utvecklades har

stöd i alla beslutsled bland medverkande parter och har pågått i cirka 15 år. Viktiga inslag i modellen är att respektive huvudman anställer och bekostar personal. Kostnaden för vissa tjänster – till exempel receptionspersonal samt hyran för de gemensamma lokalerna och driftskostnaderna – delas mellan kommunen och landstinget. Principerna för fördelning av de gemensamma kostnaderna är fastlagda i särskilda avtal för respektive rehabiliteringsenhet och för psykiatriska boendeteamet. Samverkan sker även med psykiatriskt beroendeteam som har funnits i kommunen sedan 1990-talet och arbetar med personer med allvarlig psykisk ohälsa/psykisk sjukdom och samtidig beroendeproblematik. Vilka har då varit framgångsfaktorerna i i den här modellen:

### *Framgångsfaktorer*

- Individens delaktighet och behov i fokus.
- Samarbete och gemensam planering för att undvika så kallat rehabiliteringsgap.
- Strävan mot oberoende och normalisering.
- Stöd i öppenvård och eget boende för att undvika inläggningar i psykiatrisk heldygns/institutionsvård.
- Flexibilitet.
- Tillgänglighet.
- Långsiktighet, samverkan kring målgruppen har pågått i 15 år.
- Samverkan har stöd i alla beslutsled.
- Tydliga avtal för samverkan.

Utmärkande för Södertälje-modellen är att den tog avstamp i en situation, Psykiatrireformen 1995, vilken ställde många av landets kommuner inför faktumet att börja utveckla samverkan med psykiatri. I Södertälje tycks man ha lyckats med uppsåtet att utveckla en inkluderande modell. Betydelsefulla inslag i modellen var stödet i alla beslutsled samt tydliga avtal mellan huvudmännen (Danermark, 2003). Avslutningsvis är det viktigt att nämna att Södertälje-modellen består än idag. Från att inledningsvis vara ett pionjärbete är det idag reguljär verksamhet

En rapport av senare datum, som också understryker behovet av samtidiga insatser, handlar om SAM-teamet (Åberg m fl 2009) vilket var ett samarbete mellan beroendevården, öppenvårdspsykiatri och två kommuner, Järfälla och Upplands-Bro. Även i den här rapporten betonades samverkan och stöd i alla beslutsled exempelvis omnämns det täta samarbetet, inom styrgruppen och dess huvudmän, samt mellan projektets medarbetare. Detta bidrog till vinster för de personer som ingick i målgruppen det vill säga människor med stora livsproblem i form av psykisk sjukdom eller störning och missbruk. Vanligtvis blir dessa föremål för många punktinsatser från olika vårdgivare, vilket oftast inte lett till någon varaktig förändring. För personer i gruppen behövdes i stället individanpassade insatser som utformades gemensamt av de inblandade organisationerna. Det handlar också om enträgenhet och tid. SAM-teamet visade att arbetet som Case-Manager och med ACT-modellen<sup>2</sup> (Assetive Community Treatment) som utgångspunkt bidrog till att brukarna fick stöd inom flera områden. Detta i sin tur ledde till nästan en halvering av antal dygn de varit i slutenvård. Viktiga inslag var även att SAM-teamet arbetat med hög programtrogenhet och god dokumentation, vilket innebar att det positiva utfallet för brukarna gått att identifiera. Personalen från huvudmännen som ingick i SAM-teamet kan i någon mening betraktas som samordnare både inom sin egen organisation men även mellan de andra parterna. Just ett

---

<sup>2</sup> ACT-modellen är en behandlingsmodell för de svårast sjuka och innebär en samordning av vård och stödinsatser på hemmaplan (både psykiatrisk behandling och psyko-sociala insatser).

sådant förfarande lyftes fram i avhandlingen *Olikheter som berikar* (Palm,1995) i vilken samordningsmodellen lyftes fram som en framkomlig väg i stora organisationer. Må vara att avhandlingen i första hand berörde samarbetsvårigheter inom en kommunal organisation.

Avslutningsvis, behovet av fördjupad samverkan mellan skilda huvudmän är inte ett fenomen som enbart berör de målgrupper som nämnts. Påtagliga brister i samhällsstödet har också uppmärksamats då det gäller barn som är i behov av socialtjänstinsatser (Bergh m fl, 2012). Särskilt är situationen allvarlig för barn som omhändertagits och har fått neuro-psykiatriska diagnoser. Rapporten tillkom på initiativ av socialtjänsten inom Rinkeby-Kista stadsdelsförvaltning inom Stockholms stad, i samarbete med Barnhälsovården inom Stockholms läns landsting och Karolinska Institutets Institution för folkhälsovetenskap, Avdelning för socialmedicin. Även den här rapporten baseras på en intervjustudie med ansvariga tjänstemän vid relevanta verksamheter inom Stockholms stad och Stockholms läns landsting, kompletterat med en genomgång av dokumentation i barns socialtjänstakter.

Intervjuerna kompletterades med genomgång av dokumentation vilka visade på betydande brister i samhällsstödet till barnen som studerats. Det som efterfrågades var mer sammanhållna, tillgängliga och begripliga insatser av samhället för barnen och deras familjer, och också för berörda familjehem utanför Stockholm. Vidare betonades behovet av tidigare insatser kombinerat med långsiktiga åtaganden och uppföljning av barnen, bättre samordning och tydlig mandat- och ansvarsfördelning mellan olika samhällsaktörer.

Samverkan kan ha olika uttrycksformer. Ett sätt är som beskrivits lokalmässig samverkan och samordnade insatser reglerade med avtal mellan huvudmännen. Ett annat sätt att främja och stimulera samverkan är att olika yrkesgrupper som arbetar med samma målgrupper går en utbildning tillsammans. Rapporten nedan fokuserar på slutsatserna i de intervjuer som gjordes i samband med utvärderingen av projektet.

### **Gemensam kompetensutveckling**

För att garantera en god service och stöd till personer med psykiskt funktionshinder behövs en fungerande samverkan mellan kommun och landsting. Samverkan ställer som nämnts höga krav på samplanering och kännedom om ansvar och resurser. Den här rapporten (Forsner, m fl, 2005) beskriver effekterna av ett gemensamt kompetensutvecklingsprojekt mellan socialtjänst och psykiatri för personer med psykosjukdom och psykiskt funktionshinder.

Bakgrunden var att Stockholms stad 2005 erbjöd en gemensam utbildnings- och utvecklingsinsats för medarbetare inom socialpsykiatriska verksamheter inom Stockholm stad och delar av landstingets psykiatri. Personal från två olika huvudmän gavs möjligheten att träffas för att bland annat diskutera samverkan kring personer med psykosjukdom. Viktiga slutsatser i utvärderingen var att samverkan mellan huvudmännen kring enskilda brukare inte sker på likartat sätt inom Stockholms stad. Oftast bygger samverkan kring en brukare på att personalen har en god personlig relation. Vidare framhölls att för att samverkan ska fungera måste den vara systematisk och långsiktig. Den skall inte vara följden av lokala initiativ utan stödjas långsiktigt av organisationerna. Detta fordrar ett gemensamt synsätt på hur omhändertagandet av människor med allvarliga funktionshinder och psykosjukdom ska ske, detta saknas i dagsläget, trots att det finns en lagstiftning som ålägger aktörerna att samverka.

Hindrande faktorer för samverkan som angavs i rapporten var

- bristande ledarskap,
- bristen på stöd för samarbete,
- okunskap om samverkan,
- olika attityder och värderingar mellan organisationerna och mellan personal gör det svårare att samverka,
- bristande flexibilitet i och mellan organisationerna och
- brist på gemensamma resurser.
- cheferna beskrev att de hamnar i lojalitetskonflikt mellan den egna organisationens mål, budgetramarna och uppdrag samt målet att uppnå helhetssyn för individens behov.

Faktorer av betydelse för god samverkan

- att personalen arbetar utifrån individens hela behovsbild
- har tillräckligt med tid
- personkontinuitet
- personkännedom om varandra
- personligt engagemang
- engagerat bemötande
- individen själv delaktig
- stöd och mandat från närmaste chefer

Annat som konstaterades i rapporten var behovet av

- Ett gemensamt synsätt för omhändertagande av människor med psykiska funktionshinder.
- En ömsesidig bild av målgruppens behov.
- Metoder och verktyg att mäta effekterna av socialtjänstens och psykiatrins insatser.
- Behov av tydliga former för samverkan.

Rapportens resultat redovisades för politiker och ansvariga tjänstemän i de olika förvaltningar som var involverade i planeringen av insatser och vård till dessa personer. Uppläggnings av utbildningssatsningen skildrade en tämligen vanligt förekommande modell för samverkan det vill säga personal från skilda huvudmän går en utbildning tillsammans. I samband med utbildningen gavs personal utrymme att fundera och reflektera kring samverkan generellt men även lyfta upp till ytan hindrande och främjande faktorer. En annan modell som går snäppet längre i ambitionen att samverka är om huvudmännen gemensamt beslutar sig för en fördjupning med syftet att skapa en utökad kunskapsbas i den bemärkelsen att personalen även ges möjlighet att få kunskap om varandras organisationer, både dess möjligheter och dess begränsningar.

### **Behovet av kunskap om varandra**

Den här rapporten (Skogens m fl, 2013) består av två delar och syftade till att i *del ett* inventera a) brukarnas förväntningar och förhoppningar på tillgängliga organisationer och b) de professionellas förväntningar och förhoppningar om varandra som samarbetsparter. Inventeringen förväntades synliggöra de kunskapsbehov som finns för att med det som utgångspunkt skapa en gemensam plattform för samverkan som fokuserar på brukarens behov.

Projektets *andra del* syftade till att prova en modell för verksamhetsutveckling inom och mellan de deltagande organisationerna. Intentionen med samverkansmodellen var att skapa en utökad kunskapsbas för samverkan, att tydliggöra de olika organisationernas ansvarsområde och att testa arbetande seminarier som samverkansmodell inom ordinarie verksamheter. Projektet begränsades till att vända sig till personal som möter personer med samsjuklighet i form av psykisk funktionsnedsättning och missbruksproblematik. De som deltagit i fokusgruppsintervjuerna har således varit ett urval av personal inom kommunernas (Danderyd, Lidingö, Norrtälje, Täby, Vallentuna, Vaxholm och Åkersberga) missbruksvård /socialpsykiatri, beroendevården, psykiatrin, husläkarmottagningen samt PRIMA. Även brukare har deltagit i fokusgruppsintervjuer.

Två teman från rapporten är viktiga att förmedla:

- *Samma modell för brukare och professionella*

I projektet har grupper av professionella och grupper av brukare fått diskutera samma fall (vinjetter/fiktiva ärenden) och tala om önskemål och erfarenheter. Detta arbetssätt är ganska ovanligt. Diskussionerna inom de olika fokusgrupperna skiljer sig från varandra då de professionella diskuterar sitt eget samarbete med andra professionella och brukarna diskuterar utifrån en personlig bas.

Till exempel så handlar de professionella diskussionerna om vilka funktioner ”de andra har”, eller borde ha, och vad de gör, eller borde göra. För brukarna har det inte så stor betydelse vem som gör vad, bara det blir gjort! Det är också påtagligt hur brukarnas diskussioner är just mer konkreta. Brukarna pekar på praktiskt stöd och hjälp. Vidare lyfter brukarna fram att det är svårt att ”komma över tröskeln” till de hjälpsamma verksamheterna samt bristen på information om vilket utbud av hjälpinsatser som finns.

- *Organisatoriska förutsättningar för samverkan*

I denna studie liksom i andra studier om samverkan har framkommit betydelsen av att lyfta fram de strukturella förutsättningarna för samverkan. Ett sådant exempel är att kommun och landsting har olika ekonomiska förutsättningar (Matscheck, 2011) vilket påverkar samverkan. Ett konkret hinder för samverkan är att vårdgivare inte kompenseras ekonomiskt för tid som läggs på samverkan med andra professionella enheter. Detta sätter fokus på ett problem som genomgående uppkommit också i den här studien; det har varit svårt att få husläkarmottagningar att delta både vid fokusgrupper och vid seminarier. Problemet har relaterats till ersättningssystemet.

Även landstinget lyfter detta trots att samverkan finns inskrivet i avtal som träffats. Detta illustrerar tydligt att organisatoriska oklarheter bör redas ut och klargöras för att möjliggöra samverkan. De lokala samråden som faktiskt finns idag är ett utmärkt forum för att försöka reda ut organisatoriska oklarheter och för ett långsiktigt etablerande av fungerande samverkan. En viktig fråga idag är om de lokala samråden har denna funktion. Ett viktigt men också annorlunda inslag var att brukarna fick tillfälle att komma till tals och uttrycka vad som är viktigt för dem. Organiseringen kan i huvudsak betraktas som ett ramverk i syfte att organisera budget, uppdrag och fördela kompetenser. För brukaren är detta betydelselöst. I deras värld handlar det om att få hjälp här och nu.

Hitintills har lyfts fram viktiga förutsättningar för samverkan kring personer med sammansatta problem. Flertalet av exemplen har satt ord på vad som är hämmande och främjande faktorer. En annan form av samverkan mellan olika huvudmän är att samverka i renodlade forskningsprojekt. I dylika projekt är rollfördelningen tydligare. Den ena parten

skissar på och ansvarar för forskningsdesignen och den andra parten är ett hjälpmedel för att kunna utföra forskningen.

### **Samverkan i forskningsprojekt**

I det här forskningsprojektet (Magnusson, 2013) samverkade EWA/VERA-mottagningen, Beroendemottagningen i Liljeholmen samt All-teamet i Tensta. Studien syftade till att översätta och validera Alkoholberoendeskalen (Alcohol Dependence Scale (ADS)), ett instrument för att uppskatta svårighetsgrad av beroende. ADS avses att valideras för svenska förhållanden. Insamlandet av data skedde under en vecka i november 2013, vid tre öppenvårdsmottagningar inom Beroendecentrum Stockholm. Samtliga sökande vid mottagningarna (n=100) tillfrågades av respektive mottagnings sekreterare, i samband med besöks/kassaregistreringen, om de vill delta. De får även skriftlig information. Samtliga instrument fylls i enskilt av patienten och det sker anonymt. Följande formulär ingick: Frågor om alkoholberoende enligt DSM-IV/DSM-5. Patienten får svara skriftligt på dessa frågor som vanligen görs som en intervju, svarsalternativen är ja/nej. Instrumentet ger diagnos men även svårighetsgraden i beroendet utifrån hur många kriterier som är uppfyllda. Även AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) användes som är framtaget av WHO för att mäta riskbruk, men även användbart för att bedöma svårighetsgraden i missbruket.

Avslutningsvis beskrivs i det här kapitlet ett projekt som genomfördes inom ramen för Kunskap till praktik och som benämns Mångbesökarprojektet. Idén kommer ursprungligen från äldrevården som utvecklat en modell för att kartlägga och analysera multisjuka äldre med sammansatta problem och som är i behov av samtidig hjälp från flera huvudmän. Rapporten belyser samverkan, eller snarare bristen på samverkan mellan huvudmännen men utifrån ett annat perspektiv.

### **Kartläggning som medel för att kunna utveckla samverkan**

Mångbesökarprojektet (Bringlöf m fl, 2014) är ett 3-årigt utvecklingsprojekt (2011-2013), finansierat via SKL inom Kunskap till praktik. Projektet syftar till att anpassa, vidareutveckla och testa en metod för analys och kartläggning av komplexa flöden inom missbruks- och beroendevården. Projektet är nationellt. Förutom den specialiserade beroendevården i Stockholms län deltog sex andra län Norrbotten, Jämtland, Uppsala, Gotland, Halland, Skåne.

Utgångspunkten var att det finns ett antal klienter inom missbruks- och beroendevården som på grund av komplexa behov och ett långvarigt beroende/missbruk och många gånger en svår social situation är i behov av omfattande stöd från flera olika huvudmän och verksamheter. Utmaningen för verksamheterna är att tillsammans skapa sig en helhetsbild av klientens livssituation samt dennes vård- och stödbehov. Analysmetoden ("mångbesökarmodellen") är tänkt att vara redskap för att lokalt skaffa kunskap, med ett uttalat brukarperspektiv, om hur vårdsystemets olika delar samverkar och om insatserna svarar mot individens behov. Metoden bygger på fallstudier baserade på intervjuer med klienten/patienten, befintlig dokumentation (journaler, akter, register) för det år som föregår intervjutillfället, samt kostnadsberäkning av insatserna. Genom att jämföra bilden av individens samlade behov med bilden av samhällets insatser är det möjligt att identifiera systemhinder i vård- och omsorgssystemet kring den enskilde. Svarar insatserna mot målgruppens problem och behov? Var finns bristerna i systemet? Hur kan vårdens resurser utnyttjas på bästa sätt för mångbesökarna? Intressant med den här analysmetoden är att den bidrar till en gemensam bild/karta som kan fungera som utgångspunkt för att utveckla samverkan.



## **Sammanfattning**

I kapitlet har belysts samverkans olika uttrycksformer allt från lokalmässig samverkan mellan skilda huvudmän till olika former av utbildningar. Fokus har varit att lyfta fram och uppmärksamma vad personal uppgivit vara hindrande och främjande faktorer för samverkan. Faktorerna sammanfaller med vad som framkommit i forskningsprojekt (Danermark, 2003) som undersökt samverkan mellan olika organisationer. Likaså uppges i rapporterna betydelsen av att under den initiala samverkansprocessen identifiera organisationernas skilda synsätt och regelverk. En del hinder kan undanröjas om personalen får kunskap om varandra. Som framkom i studien där brukare kom till tals är det viktigaste för dem att det fungerar så smidigt som möjligt och att de får den hjälp och det stöd de efterfrågar. Var ansvaret ligger är betydelselöst för dem. En viktig aspekt att ta hänsyn till som framfördes i Blomqvists avhandling (2012) är resonemanget kring asymmetriska relationer. Ett antagande är att det kanske är detta fenomen som kommer till ytan när skilda huvudmän ska samverka kring personer med samsjuklighet. Utöver skillnader i organisationernas mandat och uppdrag handlar det också om i stor utsträckning om att personalen inom socialtjänsten, beroendevården och psykiatrin inte har kunskap om varandras verksamhetsområden.

## **4. Kommunala och landstingsdrivna forskningsprojekt**

I föregående kapitel beskrevs olika rapporter som undersökt samverkan mellan olika huvudmän. Fokus var att redogöra för vad som lyfts fram som hindrande och främjande faktorer. Det här kapitlet handlar inte om samverkan. Snarare är avsikten att ge exempel på forskning som bedrivs/bedrivits inom de kommunala och landstingsdrivna forskningsmiljöerna. Utgångspunkten vid kartläggningen var att undersöka förekomsten av forskning kring personer med beroendesjukdom, unga vuxna och missbruk, personer med samsjuklighet samt personer med psykisk funktionsnedsättning. Den bild som framträdde vid genomgången av kartläggningen var att det inte tycks ha förekommit forskningsprojekt inom området unga vuxna med missbruk och personer med psykisk funktionsnedsättning. Likaså synes forskningen inom området samsjuklighet vara begränsad. Däremot utgör personer med beroendesjukdom det största forskningsområdet inom de kommunala och landstingsdrivna FoU-miljöerna. Gemensamt för de forskningsprojekt som beskrivs är att de undersöker metoder och behandlingsformer men utifrån olika utgångspunkter.

### **Exempel på forskning inom Beroendecentrum**

Beroendecentrum i Stockholm har genom åren erbjudit patienter, grupper och familjer olika former av terapier som psykoterapi: psykodynamisk, kognitiv, kognitiv beteendeterapi, gruppterapi samt familjeterapi. Psykoterapi för patienter med alkohol- eller narkotikaberoende är ett otillräckligt utforskat område. En kartläggning visade att ca 260 patienter år 2005 gick i psykoterapi vid kliniken. Syftet med projektet (Philips, Wennberg, 2013)<sup>3</sup> var att, som ett led i ett kvalitetssäkringsarbete, undersöka utfall och matchning till befintliga former av psykoterapi för patienter med missbruks- och beroendeproblematik vid Beroendecentrum Stockholm.

Projektet benämndes – *Matching and Outcome of Psychotherapy at Addiction Clinics in Sweden (MOPACS)* Huvudfrågeställningarna var 1. Vilken effektivitet ("effectiveness") har olika specifika psykoterapimetoder i befintlig vård? 2. Är patienter olika väl matchade till olika psykoterapimetoder? Vägledande hypoteser i projektet var

- Att hög grad av motivation predicerar gott utfall för samtliga psykoterapimetoder, medan låg grad av motivation predicerar fler tidiga avhopp, svag allians och sämre utfall.
- Att patientförväntningar som är kongruenta med den erbjudna terapimetoden predicerar gott utfall, medan patientförväntningar som är inkongruenta med terapimetoden predicerar fler tidiga avhopp, svag allians och sämre utfall.
- Att mer extraverta patienter når bättre resultat i mer beteendeorienterade terapier, medan mer introverta patienter når bättre resultat i mer insiktsorienterade terapier.
- Att psykoterapier där patientens och terapeutens förväntningar och behandlingsmål är kongruenta når bättre resultat än psykoterapier där patientens och terapeutens förväntningar och mål är inkongruenta.

Forskningsprojektet hade följande design och uppläggning: Patienter som remitterats för psykoterapi undersöktes i en baslinjemätning som bland annat omfattade patientens beroende- och psykiatriska diagnos, symtombild, motivation mm. Därefter undersöktes patienten var sjätte månad i väntan på terapi, under terapin samt upp till två år efter terapin. Dessa undersökningar innefattade bland annat frågor kring symtom, sociala relationer, terapeutisk allians, samt alkohol- och drogvanor. Data samlades in under åren 2006-2009.

---

<sup>3</sup> Angivet årtal är då kartläggningen skickades till FoU-Nordväst.

En viktig aspekt i projektet var att se till patientnyttan. En fråga eller snarare föreställning som man ville fördjupa sig i var följande: patienter med beroende av alkohol, läkemedel eller narkotika erbjuds sällan psykoterapi, då det ofta anses att problematiken talar emot psykoterapi. Projektet strävade efter att ta reda på i vilken utsträckning psykoterapi är effektivt för dessa patienter, samt vilken form av psykoterapi som är lämplig för vilken patient (se forskningsprojekt i referenslistan).

En annan studie (Frankl Philips, Wennberg, 2013)<sup>4</sup> hade syftet att få en första indikation på om Affektfobi terapi, APT (Affektfobi<sup>5</sup>) är en användbar, tolerabel och effektiv behandling för patienter som har alkoholberoende i kombination med svårigheter att hantera känslor. Behandlings-effekt mättes primärt i termer av dagar med högt episodiskt drickande och sekundärt med dagar med alkoholkonsumtion, alkoholsug samt psykiska problem/funktionsnedsättning. Studien använde sig av den experimentella fallstudiedesignen multipel baslinjedesign och inkluderade tre patienter: tre vuxna kvinnor med alkoholberoende och känslomässiga problem. Patienterna randomiserades till en baslinjeperiod på 4, 6 respektive 8 veckor. Därefter följde behandling med APT i 10 veckor. Slutligen kom en uppföljningsperiod på 4 veckor. Under hela perioden av baslinje, behandling och uppföljning gjordes mätningar varje vecka med Time-Line Follow Back avseende alkoholkonsumtion och självskattning av alkoholsug. Vid inklusion gjordes mätning med OQ-45 avseende psykiska problem /funktionsnedsättning, Affektfobitestet avseende graden av affektfobi, samt PEX avseende psykoterapiförväntningar. Vid uppföljningsperiodens slut gjordes nya mätningar med OQ-45 och Affektfobitestet. Studien genomfördes under år 2012 inom ramen för verksamheten vid Beroendecentrum Stockholm. Resultaten har presenterats på en internationell konferens i juni 2013. En vetenskaplig artikel håller på att författas av forskargruppen (se rubriken forskningsprojekt i referenslistan).

Det sista exemplet (Philips, Konradsson, Wennberg, Franck, 2013)<sup>6</sup> är en studie vars avsikt var att undersöka om Mentaliserings Baserad Terapi (MBT) i kombination med ordinarie beroendevård är mer effektivt än enbart ordinarie beroendevård för patienter med samtidig borderline personlighetsstörning (BPS) och beroende av alkohol, narkotika eller läkemedel, med avseende på: *Primärt*: Svårighetsgraden av borderline personlighetsstörning. *Sekundärt*: Droganvändning inklusive alkohol, självmords-handlingar, självskadehandlingar, kvarstannande i behandling, psykiatriska symptom, interpersonella problem, social anpassning, reflekterande funktion.

Vid långtidsuppföljning upp till 10 år efter avslutning undersöks särskilt hälsoekonomiska konsekvenser (vårdkonsumtion, arbete/försörjning), brottslighet, överlevnad. Studien är en randomiserad kontrollerad prövning med målet att inkludera 2 x 40 patienter, där MBT i kombination med sedvanlig beroendevård jämförs med kontrollbetingelsen enbart sedvanlig beroendevård. Experimentbehandlingen pågår under 18 månader, med ett individuellt samtal och ett gruppsamtal per vecka, samt en kort kurs om mentalisering. Terapisessionerna videoinspelas och terapeutens följsamhet till manualen undersöks. Det skulle innebära en betydande klinisk vinst om man för denna patientgrupp kan etablera en kombination av

---

<sup>4</sup> Angivet årtal är då kartläggningen skickades till FoU-Nordväst.

<sup>5</sup> **Affektfobier:** Fobier är en typ av ångestproblem som många känner till. Människor med fobier känner stark rädsla inför t ex hissar, spindlar, öppna platser, eller sociala situationer. Rädslan är så stark att man till varje pris vill fly situationen och utvecklar olika undvikanden. Det kan handla om att gå i trappor istället för att ta hissen, ta en omväg runt torget, alltid tacka nej till att gå på fest, etc. Varje undvikande ger kortvarig lättnad men innebär dessvärre att livet begränsas (Google: affekta.se)

<sup>6</sup> Angivet årtal är då kartläggningen skickades till FoU-Nordväst.

psykoterapi och drogrehabiliterande behandling, som har god effekt både avseende den psykiatriska problematiken och drogberoendet.

Projektet bedrivs i samverkan mellan Beroendecentrum Stockholm och Karolinska Institutet, Centrum för Psykiatrforskning. Inklusion av patienter började 2009 och planeras pågå fram till 2013 års slut. I dagsläget har 44 patienter inkluderats i studien. Delstudier inom projektet har hittills genomförts i form av tre psykologexamensuppsatser, vilka alla ska vidareutvecklas till vetenskapliga artiklar. Vidare har delresultat från projekten presenterats på ett antal nationella och internationella konferenser (se rubriken forskningsprojekt i referenslistan).

Fokus i två av de beskrivna studierna (Philips & Wennberg, 2013, Frankl, Philips & Wennberg, 2013) var att undersöka effekter av behandling samt patientnyttan i det behandlingsutbud som finns inom Beroendecentrum. I forskningsprojekten användes olika designberoende på vad det var man ville undersöka. Vad som särskilt kan noteras är storleken på undersökningsgrupperna. Detta ska jämföras med de utfallsstudier som är möjliga att genomföra inom de kommunala FoU-miljöerna. Annat som är utmärkande för de återgivna studierna var att de hade longitudinell karaktär. Exempelvis använde man vid olika mätillfällen under undersökningsperioden olika skattningsinstrument.

### **Exempel på forskning inom kommunala FoU-miljöer**

Socialtjänstens FoU-enheter undersöker också effekterna av det arbete som bedrivs inom den kommunala missbruksvården. De rapporter som det refereras till har en annorlunda utgångspunkt än forskningen inom Beroendecentrum eftersom det inte är det lokala insatsutbudet som följs upp. Snarare tar studierna avstamp i att intervjua brukare i syfte att få ta del av deras erfarenheter av vård och behandling och inte minst vad de uttrycker varit till hjälp. Det tredje exemplet är en beskrivning av en kartläggning.

Det första exemplet är en forskningsrapport som gjorts inom FoU-Nordost (Eriksson, 2011). Bakgrunden var att samhällets kostnader för personer med missbruks- och beroendeproblem ökat och som en konsekvens av detta fanns behov av kunskap om enskilda kommuners sätt att organisera verksamheten. Den generella uppfattningen är att genom dokumentation och systematisk kunskapsutveckling på olika nivåer ökar möjligheterna att värdera nyttan av olika åtgärder och därmed på sikt minska kommunernas kostnader. Syftet med den här studien, vilket också är dess utgångspunkt, var att börja i den andra ändan det vill säga intervjua klienter om deras erfarenheter och uppfattningar om den vård och behandling de deltagit i. Vilka är deras åsikter om drogfrihet och framgång. Helt enkelt, vad är framgångsrikt? Sammantaget är det betydelsefullt att få kunskap om vad klienterna tycker eftersom deras motivation och aktiva deltagande i vård och behandling är avgörande för utfallet. Vid framtagandet av frågor till klienterna medverkade en referensgrupp bestående av personal från ett antal kommuner i nordöstra Stockholmsområdet.

Vid analys av klientintervjuerna användes livsberättelser som metod. Berättelserna står i centrum och de egna erfarenheterna förs samman med sociala förhållanden och strukturer. Metoden är ett sätt att utgå från klienternas perspektiv.

Ett annat exempel är en forskningsrapport som gjordes inom FoU-Nordväst (Arnsvik, 2012). Avsikten var inte primärt att undersöka klienters uppfattningar om vård och behandling. Fokus var i stället att utgå från ett tillstånd – som i det här fallet hemlöshet – och ställa frågor om vad som varit betydelsefullt för dem i processen på väg tillbaka till eget boende och vad i mötet med personal inom missbruksvården som ansågs ha haft betydelse.

I forskningsrapporten har fem personer intervjuats som har erfarenhet av både hemlöshet och missbruk. Vägledande frågeställningar var: Hur beskriver de vägen från hemlöshet till bostad? Vad avgjorde att de beslutade sig för att lämna hemlösheten? Hur ser de på socialtjänsten? Vilken hjälp fick de av socialtjänsten? Vad hade betydelse för dem? Deras kunskap är viktig för att kunna utveckla hemlöshetsarbetet. Ambitionen var även att ge röst åt en grupp som sällan kommer till tals i samhällsdebatten. Tillvägagångssätt och metod:

1. Kvalitativa intervjuer
2. Vid sammanställningen av intervjuerna omformulerades dessa till livsberättelser utifrån en tidsaxel med fokus på tiden innan hemlösheten, tiden i hemlöshet och tiden efter hemlöshet.
3. Vid analysen av livsberättelserna tillämpades vändpunktsteorin
4. Avslutningsvis fördes klienternas erfarenheter samman med sociala förhållanden och strukturer.

Gemensamt för båda studierna var att klienter fick komma till tals och redogöra för sina erfarenheter.

Det sista exemplet (Åberg m fl, 2009) är inte ett forskningsprojekt utan en beskrivning av en kartläggning som administrerades av FoU-Nordväst 2009. Uppdraget att kartlägga personer med psykisk funktionsnedsättning hade initierats av Socialstyrelsen. De nordvästkommuner som deltog var Sollentuna, Solna och Sundbyberg. Syftet var att undersöka målgruppens storlek i de berörda kommunerna och att därmed upptäcka personer som inte hade kontakt med alternativt erhållit adekvat stöd från socialtjänsten. Vidare var syftet att undersöka om vård- och stödinsatserna motsvarade individernas behov av insatser samt att skapa underlag för förbättrad behovsbedömning och planering av framtida verksamheter på individ- och gruppnivå. Frågor som ställdes utifrån inventeringen var:

1. Hur många personer med psykiska funktionsnedsättningar kan identifieras i Sollentuna?
2. Vilket förhållande råder mellan behov och aktuella insatser för målgruppen?
3. Hur beskrivs behoven av personalen respektive brukarna själva?

Inventeringen genomfördes med hjälp av ett frågeformulär, Need of Support and Service Questionnaire i två versioner. En version vände sig till personal inom kommuner och landsting, en annan vände sig till brukarna. Svarefrekvensen var hög. Det kom in sammanlagt 548 enkäter. Av dessa var 266 från socialtjänsten, 193 från den psykiatriska vården, 55 från brukare och 34 kom från personligt ombud. Av hela undersökningsgruppen var den grupp som samrapporterades av både psykiatrin och socialtjänsten 37,5 %. Intressanta resultat från inventeringen var bland annat att 79 % av individerna saknar arbete. Således finns det ett stort behov av olika former av sysselsättning och arbetsträning som syftar till etablering på den reguljära arbetsmarknaden. Ett annat resultat var att yngre personer var överrepresenterade när det gäller funktionsnedsättningar relaterade till neuropsykiatriska funktionsnedsättningar

## **Sammanfattning**

Det här kapitlet syftade till att genom olika exempel beskriva forskningen, som har med målgruppen men inte samarbete att göra, inom de kommunala och landstingsdrivna forskningsmiljöerna. En viktig fråga som sysselsätter de olika forskningsmiljöerna är att man utifrån olika utgångspunkter (medicinska, psykiatriska och sociala) undersöker utfallet av

vård och behandling. Väsentliga frågor som ställs är om insatserna är till hjälp och i så fall på vilket sätt? Forskningsrapporterna från Beroendecentrum var koncentrerade på att undersöka befintligt behandlingsutbud medan rapporterna från de kommunala FoU-miljöerna fokuserade på brukarnas upplevelse av sin situation och vad som varit till hjälp. Vad som tydligt sticker ut i det begränsade material som redovisats är att beroendevården har tillgång till större populationer i sina forskningsprojekt än kommunerna. Likaså är forskningen inom Beroendecentrums olika verksamheter en del av den ordinarie verksamheten. I kommunerna bedrivs inte forskningen på det sättet. Den forskning som bedrivs ligger framförallt på de till kommunerna knutna FoU-enheterna.

Som nämndes inledningsvis tycks unga vuxna med missbruk beforskats i liten utsträckning trots att frågan varit omdiskuterad inom kommunerna och landstinget (beroendevård /psykiatri) under de senaste 15 åren. Utmärkande för gruppen är avbruten skolgång bristande anknytning till både arbets- och bostadsmarknaden, omfattande blandmissbruk, och kriminalitet. Likaså bedöms många i gruppen ha psykiska problem av varierande svårighetsgrad (Arnsvik, 2012). Personal inom kommun och landsting har understrukit att unga vuxna med missbruksproblem har behov som inte inryms inom det ordinarie behandlingsutbudet. Det är anmärkningsvärt att frågan inte rönt större intresse.

En sammanfattande reflektion är att oavsett forskningsmiljö ”befinner vi (kommun och landsting) oss på samma spelplan”, men beforskar fenomenet missbruks- och beroendesjukdomar och dess yttringar utifrån olika utgångspunkter såsom sociala, medicinska och psykiatriska perspektiv. Vad som också blir tydligt är ojämlikheten mellan landsting och kommun vad gäller resurser och möjlighet att bedriva forskning.

## 5. Avslutande diskussion

---

Det har gått två år sedan Avsiktförklaringen om samverkan undertecknades. Syftet var att inleda en process mot fördjupad samverkan mellan de kommunala och landstingsdrivna forskningsmiljöerna. En förstärkt kunskapsutveckling bedömdes vara av strategisk betydelse för kvaliteten inom missbruks- och beroendevården och den psykiatriska specialistvården. Fördjupad samverkan ansågs gagna främst människor med sammansatta bekymmer och som är i behov av insatser, kanske samtidigt, från socialtjänsten, beroendevården och psykiatri. Idag hamnar dessa grupper oftast ”mellan stolarna”. Men hur ska man då gå till väga för att förbättra omhändertagandet? Ett viktigt första steg, vilket den här rapporten är ett uttryck för är att undersöka om det finns studier som haft som särskilt fokus att undersöka samverkan mellan huvudmän. Vad finns det för viktig kunskap som dessa förmedlar och vad säger forskningen om samverkan?

Forskningen som sysslat med samverkan gör en tydlig åtskillnad mellan samarbete och samverkan. Samarbete är något som sker i vardagen mellan personal i samma organisation och mellan personal som tillhör andra huvudmän (socialtjänst, beroendevård, psykiatri). Samarbetet ställs på sin spets när skilda huvudmän möter personer med sammansatta problem (sociala, beroende, psykiatriska). I sådana situationer kan det även bli aktuellt med samtidiga insatser. Det är inte ovanligt att det blir gränsvister kring vem som har ansvaret. Personerna i fråga riskerar att ”hamna mellan stolarna”. En väg ut, som understrukits av forskare (Danermark, 2003, Bergmark, Lundström, 2005) som sysslat med forskning om samverkan, är att företrädare för de olika huvudmännen möts i syfte att gemensamt identifiera skillnaderna i synsätt, organisation och regelverk. Dyliga möten, om det sker med en seriös ansats, kan leda fram till konstruktiv samverkan. Södertälje-modellen är ett tydligt exempel på fördjupad samverkan där skillnaderna synliggjorts vilket bidragit till att modellen varit framgångsrik och finns än idag. Sammantaget vad framhålls då generellt inom forskningen som hämmande och främjande faktorer:

---

<b>Hämmande faktorer</b>	<b>Främjande faktorer</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- otydliga mål,</li><li>- oklar ansvarsfördelning,</li><li>- olika ekonomiska intressen,</li><li>- organisatoriskt skilda strukturer,</li><li>- dålig samordning,</li><li>- hög personalomsättning samt</li><li>- en för stor arbetsbelastning</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- att samverkan har en klar och tydlig ledning,</li><li>- att samverkan har ett klart uttalat mål,</li><li>- att tillräckliga resurser ställs till förfogande,</li><li>- att skillnaderna mellan de samverkande avseende synsätt, organisation och regelverk har identifierats samt</li><li>- att hindrande skillnader undanröjts eller om detta inte går, sätt att hantera dem utvecklats</li></ul>

---

Ovanstående tablå tydliggör att samverkan mellan olika huvudmän inte utvecklas av sig själv. Det krävs engagemang tid och tålamod för att kunna utveckla hållbara samverkansstrukturer.

Vid genomgången av forskningsprojekt (bara ett urval har beskrivits i den här rapporten) framgick att forskningen är tämligen rikhaltig. Det största forskningsområdet både inom kommuner och landsting berör personer med missbruk och beroende. I mindre utsträckning, åtminstone vad som kunde utläsas i kartläggningen, har unga vuxna med missbruk och personer med samsjuklighet beforskats. Gemensamt för många inom dessa grupper är att de har sammansatta problem och är i behov av insatser från både kommun och landsting. Det är inte heller ovanligt att dessa personer behöver samtidiga insatser.

I kapitlet som exemplifierade olika forskningsprojekt framgick tydligt att förutsättningarna att bedriva forskning skiljer sig åt. En sådan skillnad är att det inom beroendevårdens organisation är möjligt att designa olika studier eftersom man internt förfogar över egna insatser samt har stor genomströmning av patienter inom organisationen. Likaså är det en större socioekonomisk bredd i den population som beroendevården möter. Det är inte möjligt att utforma liknande studier inom de kommunala FoU-miljöerna. En viktig skillnad är att en väsentlig del av dem som kommer i kontakt med kommunernas missbruksvård oftast har sammansatta problem (sociala, medicinska, psykiatriska, ekonomiska) vilket betyder att de kan vara i behov av samtidiga insatser från olika huvudmän. Mångbesökarmodellen som beskrevs i ett tidigare kapitel åskådliggör att det finns grupper av klienter/patienter som ”faller mellan stolarna”. Det är nödvändigt att utveckla omhändertagandet och vården för den här gruppen. Ett exempel som visar att det är möjligt att utveckla omhändertagandet är SAM-projektet som är en samverkansmodell mellan socialtjänstens missbruksvård, beroendevården och psykiatri. De som arbetar inom SAM-projektet, som fungerar än idag, har sin hemvist inom socialtjänsten, beroendevården och psykiatri har funktionen som samordnare. Poängen är att de arbetar tillsammans.

I sammanhanget kan nämnas att det under senhösten 2014 kommer att genomföras en utbildning för personal inom socialtjänstens missbruksvård/socialpsykiatri, beroendevården och landstingspsykiatri. Syftet med utbildningen är att personalgrupper från de olika huvudmännen ska gå en utbildning gemensamt för att få kunskap om, och gemensamt tränas i, att utforma en Samordnad Individuell Plan en s k SIP.

Hur ska då den här rapporten användas? Se den som ett första försök att sammanställa den kunskap som redan finns om framgångsrika projekt inom samverkansområdet som Södertäljemodellen och SAM-projektet. Båda dessa modeller är idag (2014) reguljär verksamhet.

Idag finns det trots allt en hel del kunskap om samverkan och dess reella innebörd. Det finns också kunskap om hämmande och främjande faktorer för samverkan. Den stora utmaningen är att omsätta, nyttiggöra kunskapen, till praktisk handling. Att på olika nivåer och i olika sammanhang tydliggöra dessa faktorer verkar nödvändigt. En medvetenhet kan vara en bra grund att stå på i utvecklandet av olika samverkansprojekt. Ett utvecklande av gemensamma forskningsprojekt med fokus på samverkan på lokal/regional nivå kan vara ett sätt att ytterligare synliggöra problem och möjligheter med samverkan, allt i syfte att förbättra för den enskilde brukaren/klienten/patienten.



## Referenser

- Arnsvik, A. (2012). *Sammanställning av ASI-data. Målgrupp: Unga vuxna och missbruk, 18 – 30 år*. Arbetsrapport. FoU-Nordväst.
- Arnsvik, A. (2012). *Att leva i lånvarig hemlöshet. Berättelser om vägen till och från hemlöshet*. Forskningsrapport 2012:2. FoU-Nordväst.
- Arnsvik, A. (2013). *Struktur och utveckling – Strategi för implementering av Avsiktsförklaringen om ökad kvalitet och samordning i FoU-samarbetet mellan landstinget och socialtjänsten i Stockholms län*. KSL-uppdrag. Arbetsrapport FoU-Nordväst.
- Augustinsson, S. (2010). *Samverkan, Samarbete och Samordning en omöjlig snårskog eller strategi för hållbar utveckling*. En rapport från komplexa verkligheter och dess konsekvenser. FRUSAM.
- Axelsson, R. och Bihari Axelsson S. (2007). *Samverkan och folkhälsa – begrepp och teorier och praktisk tillämpning*. I: Axelsson R. och Bihari Axelsson, S (red). *Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*. Lund: Studentlitteratur.
- Bergh, B. Martilla, A, Burström, B (2012). *Hälsan bland barn med socialtjänstinsatser. Behov av samordning mellan kommun och landsting*. Karolinska institutet: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin.
- Bergmark, Å, Lundström T (2005a). Med förenade krafter? Om samverkan inom socialtjänsten. *Socionomens forskningssupplement, 17, 2 – 11*.
- Bergmark, Å, Lundström T, Minas, R, Wiklund, S (2008). *Socialtjänsten i blickfånget. Organisation, resurser och insatser*. Natur & Kultur.
- Blomqvist, C (2012). *Samarbete med förhinder – om samarbete mellan BUP, socialtjänst, skola och familj*. Doktorsavhandling. Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet.
- Boklund, A (1995). *Olikheter som berikar? – möjligheter och hinder i samarbetet mellan socialtjänstens äldre- och handikappomsorg, barnomsorg samt individ- och familjeomsorg*. Avhandling i socialt arbete nr 71 – 1995. Socialhögskolan. Institutionen för socialt arbete. Stockholms universitet.
- Bringlöf, Å (2014). *Mångbesökarmodellen – att analysera komplexa vård- och omsorgsprocesser*.
- Burström, B, Schultz, A, Ahrne, M, Fritzell, S, Irestig, R, Marttila, A (2010). *Behovet av local samverkan kring individer med sammansatta sociala och medicinska besvär*. Karolinska sjukhusets folkhälsoakademi.
- Danermark, Berth. (2000). *Samverkan – himmel eller helvete. En bok om den svåra konsten att samverka*. Gothia.
- Eliasson, B (2010). *Konsten med samverkan. Från idéer till praktik*. Licentiatuppsats. Luleå Tekniska universitet.
- Eriksson, R (2011). *"Jag har drömt..." Erfarenheter av framgångsrik missbruks- och beroendebehandling för vuxna*. FoU-rapport 17/2011. FoU-Nordost.
- Forsner, T, Forsell, Y. (2006). *Samverkan – Gemensam kompetensutveckling för socialtjänst och psykiatri med inriktning på personer med psykiskt funktionshinder*. Utvärderingsrapport. Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting.

Germundsson, P. (2011). *Lärare, socialsekreterare och barn som far illa*. Doktorsavhandling. Örebro universitet.

KSL/SLL (1998). *Policy för att förebygga och behandla missbruk och beroende. Samverkan mellan kommunerna och landstinget i Stockholms län*

KSL/SLL (2008). *Policy för att förebygga och behandla missbruk och beroende. Samverkan mellan kommunerna och landstinget i Stockholms län*.

Prop 2012/13:77. *God kvalitet inom missbruks- och beroendevården*.

Socialstyrelsen (2007). *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård*. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruksproblem.

Socialstyrelsen (2014). *Case management*.

Skogens, L, von Greiff, N, Paunia, M. (2013). *Var sin hand – Organisationskulturers betydelse för arbetet med samsjuklighet*. Rapport 2013:21. FoU-Nordost.

SOU 2011:6. *Missbruksutredningen*.

Stockholms läns landsting och Kommunförbundet i Stockholms län. (2012). *Samverkan kring vuxna med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning*.

Åberg, M, Piuva, K. (2009). *Att inte släppa taget – en utvärdering av SAM-teamet – ett Case-Management-projekt i Järfälla, Upplands-Bro 2006-2008*. Forskningsrapport 2009:1. FoU-Nordväst.

Åberg, M, Piuva, K, Holmdahl, J. (2009). *Inventering av behov hos personer med psykiska funktionsnedsättningar i Nordvästkommunerna*. Arbetsrapport. FoU-Nordväst.

### **Forskningsprojekt**

Frankl, M, Philips, B, Wennberg, P. (2013). *Affektbiterapi för patienter med alkoholberoende – en studie med multipel baslinjedesign*. Studien genomfördes 2012 vid Beroendecentrum i Stockholm.

Philips, B, Konradsson, P, Wennberg, P, Franck, J. (2013). *Mentaliseringsbaserad terapi vid dubbeldiagnos – en randomiserad kontrollerad prövning*. Projektet erhöll forskningsmedel från FAS 2008-2011.

Philips, B, Wennberg, P. (2013). *Matching and Outcome of Psychotherapy at Addiction Clinics in Sweden (MOCAPS)*. Studien genomfördes vid Beroendecentrum i Stockholm och data samlades in under perioden 2006 – 2009.

### **Elektroniska källor**

[www.folkhalsoguiden.se](http://www.folkhalsoguiden.se)

[www.fou-nordost.se](http://www.fou-nordost.se)

[www.fou-nordvast.se](http://www.fou-nordvast.se)

[www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)

[www.sodertorn.se](http://www.sodertorn.se)

Datum.....

Enhet/organisation.....

Informant: .....

## **Personer med beroendesjukdom**

### **1. Pågående forsknings/utvecklingsprojekt?**

**Stödord:** specifika målgrupper ex cannabissmissbrukare, alkoholmissbruk, heroinmissbruk, amfetaminmissbruk alt blandmissbruk. Kombination missbruk/psykisk ohälsa. Studier som undersökt skillnader avseende missbruk mellan olika grupper i samhället. Anhöriga/nätverk. Könsskillnader, etnicitet. Arbetslöshet/praktik/föremål för arbetsmarknadsåtgärder. Bostad/ekonomi.

### **2. Avslutade forsknings/utvecklingsprojekt? (De senaste fem åren)**

**Stödord:** specifika målgrupper ex cannabissmissbrukare, alkoholmissbruk, heroinmissbruk, amfetaminmissbruk alt blandmissbruk. Kombination missbruk/psykisk ohälsa. Studier som undersökt skillnader avseende missbruk mellan olika grupper i samhället. Anhöriga/nätverk. Könsskillnader, etnicitet. Arbetslöshet/praktik/föremål för arbetsmarknadsåtgärder. Bostad/ekonomi.

### **3. I vilken utsträckning har det förekommit samverkan mellan olika aktörer i projekten?**

### **4. Forskning/utvecklingsprojekt som fokuserat enbart på samverkan?**

### **5. Har något av forsknings/utvecklingsprojekten presenterats tidigare för en bredare krets?**

- Vetenskaplig artikel?

- Seminarieform?

### **6. Är det något av projekten som fokuserat på samverkan som skulle kunna lyftas fram i ett seminarium exempelvis nästa år?**

### **7. Referenslista**

## Unga vuxna och missbruk (19 – 29 år)

### 1. Pågående forsknings/utvecklingsprojekt?

**Stödord:** specifika målgrupper ex cannabissmissbrukare, alkoholmissbruk, heroinmissbruk, amfetaminmissbruk alt blandmissbruk. Kombination missbruk/psykisk ohälsa. Studier som undersökt skillnader avseende missbruk mellan olika grupper i samhället. Anhöriga/nätverk. Könsskillnader, etnicitet. Arbetslöshet/praktik/föremål för arbetsmarknadsåtgärder. Bostad/ekonomi.

### 2. Avslutade forsknings/utvecklingsprojekt? (De senaste fem åren)

**Stödord:** specifika målgrupper ex cannabissmissbrukare, alkoholmissbruk, heroinmissbruk, amfetaminmissbruk alt blandmissbruk. Kombination missbruk/psykisk ohälsa. Studier som undersökt skillnader avseende missbruk mellan olika grupper i samhället. Anhöriga/nätverk. Könsskillnader, etnicitet. Arbetslöshet/praktik/föremål för arbetsmarknadsåtgärder. Bostad/ekonomi.

3. I vilken utsträckning har det förekommit samverkan mellan olika aktörer i projekten?

4. Forskning/utvecklingsprojekt som fokuserat enbart på samverkan?

5. Har något av forsknings/utvecklingsprojekten presenterats tidigare för en bredare krets?

- Vetenskaplig artikel?
- Seminarieform

6. Är det något av projekten som fokuserat på samverkan som skulle kunna lyftas fram i ett seminarium exempelvis nästa år?

7. Referenslista.

## Samsjuklighet

### 1. Pågående forsknings/utvecklingsprojekt?

**Stödord:** alkohol, narkotika, blandmissbruk, könsskillnader, med fokus på hemlösa personer. Studier som studerat skillnader mellan olika socioekonomiska grupper, anhöriga/nätverk, etnicitet, fysiska sjukdomar, behandling, effekter av behandling. Studier som undersökt bostad, ekonomi, sysselsättning och behovet av socialt stöd.

### 2. Avslutade forsknings/utvecklingsprojekt? (De senaste fem åren?)

**Stödord:** alkohol, narkotika, blandmissbruk, könsskillnader, med fokus på hemlösa personer. Studier som undersökt skillnader mellan olika socioekonomiska grupper, anhöriga/nätverk, etnicitet, fysiska sjukdomar, behandling, effekter av behandling. Studier som undersökt bostad, ekonomi, sysselsättning och behovet av socialt stöd.

### 3. I vilken utsträckning har det förekommit samverkan mellan olika aktörer i projekten?

### 4. Forskning/utvecklingsprojekt som fokuserat enbart på samverkan?

### 5. Har något av forsknings/utvecklingsprojekten presenterats tidigare för en bredare krets?

- Vetenskaplig artikel?
- Seminarieform?

### 6. Är det något av projekten som fokuserat på samverkan som skulle kunna lyftas fram i ett seminarium exempelvis nästa år?

### 7. Referenslista.

## Personer med psykisk funktionsnedsättning

### 1. Pågående forsknings/utvecklingsprojekt?

**Stödord:** tidig upptäckt, individuella vårdplaner, rehabiliterade insatser. Vilken åldersgrupp. Fysiska sjukdomar. Studier som fokuserat på bostad, ekonomi sysselsättning, behovet av socialt stöd. Etnicitet, anhöriga/nätverk.

### 2. Avslutade forsknings/utvecklingsprojekt? (De senaste fem åren)

**Stödord:** tidig upptäckt, individuella vårdplaner, rehabiliterade insatser. Vilken åldersgrupp. Fysiska sjukdomar. Studier som fokuserat på bostad, ekonomi sysselsättning, behovet av socialt stöd. Etnicitet, anhöriga/nätverk.

### 3. I vilken utsträckning har det förekommit samverkan mellan olika aktörer i projekten?

### 4. Forskning/utvecklingsprojekt som fokuserat enbart på samverkan?

### 5. Har något av forsknings/utvecklingsprojekten presenterats tidigare för en bredare krets?

- Vetenskaplig artikel?
- Seminarieform?

### 6. Är det något av projekten som fokuserat på samverkan som skulle kunna lyftas fram i ett seminarium exempelvis nästa år?

### 7. Referenslista.