

ÖREBRO UNIVERSITET
Institutionen för juridik, psykologi och socialt arbete
Socialt arbete
Examensarbete Kandidatnivå, 15 högskolepoäng
HT 2021

Integrerad modell, när var hur?

En integrativ forskningsöversikt om implementeringen av integrerade insatser i verksamheter för personer med samsjuklighet i form av missbruk och psykisk ohälsa

Författare:
Sara Allinggård

Handledare:
Jürgen Degner

Integrerad modell, när var hur? – en integrativ forskningsöversikt om implementeringen av integrerade insatser och verksamheter för personer med samsjuklighet

Sara Allinggård

Örebro Universitet,

Institutionen för juridik, psykologi och socialt arbete

Socialt arbete

Examensarbete kandidatnivå, 15 högskolepoäng

Höstterminen 2021

Sammanfattning

I denna forskningsöversikt undersöktes tre huvudfrågor: (1) specifika komponenter inom integrerade insatser, (2) effekten av integrerade insatser i termer av förbättrad psykisk ohälsa, reducerat missbruk och stabil boendesituation och (3) hinder och möjligheter för implementeringen av integrerade insatser. Den metod som användes för att besvara syfte och frågeställningar var en integrativ litteraturstudie där kvalitativ och kvantitativ forskning kunde användas. Studien har använt organisation som ett teoretiskt begrepp för att analysera de organisatoriska förutsättningar relaterat till implementering. Resultatet av litteraturstudien visar att tid och tillit mellan behandlare och klient är viktigt för samsjukas vård. Annat som är viktigt är, att använda ett integrerat tillvägagångssätt samt att ett och samma team ska behandla de samsjukas problematik. Effekterna av integrerade insatser var blandade men visade förbättring i klienternas missbruk och boendesituation. Klienternas psykiska ohälsa visade viss förbättring när det gäller deras sjukdomssymtom. De hinder som återfanns var det delade systemet för vård i många länder, bristen på utbildad personal och ekonomiska hinder. Möjligheter kunde ses i kombinationen av olika integrerade insatser samt att öka utbildningen och träningen av yrkesverksamma inom samsjuklighet.

Nyckelord: *integrerade insatser, missbruk, psykisk ohälsa, stabil boendesituation, samsjuklighet, implementering*

Integrated model, when where how?- an integrative literature review about the implementation of integrated services for people with co-occurring disorders

Sara Allingård

Örebro University,

School of Law,

Psychology and Social Work,

Social Work,

Undergraduate Essay 15 credits,

Autumn 2021.

Abstract

This literature review focuses on three main questions: (1) specific components of integrated services, (2) the effect of integrated care in terms of improved mental health, reduced substance use and stable living and lastly, (3) barriers and possibilities for the implementation of integrated services. The method used to answer the purpose and research questions was an integrative literature review which allowed both qualitative and quantitative research to be used. The study used the concept of organization to analyze the organizational prerequisites related to implementation. The results of the literature review showed that time and trust between the worker and the client is important to the care of individuals with comorbidity, the use of an integrated approach as well as one team caring for all the issues associated with having co-occurring disorders. The effect of integrated care was mixed but showed improvement in client's substance use and stable living situation. Client's mental health showed some improvement in their symptoms. The barriers found were the separate system for care prevalent in several countries, the lack of trained professionals and economic factors. Possibilities were found in the combination of integrated services and also in increasing the training and education of professionals working with co-occurring clients.

Keywords: integrated services, substance use, mental disorders, stable living situation, co-occurring disorders, implementation

Förord

Jag vill rikta ett stort tack till min familj som stöttat mig genom denna uppsats. Jag vill även tacka min handledare Jürgen Degner för allt stöd, all uppmuntran och kloka ord!

Linköping, december 2021

Sara Allingård

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
Problembeskrivning	2
Begreppsförklaringar	3
<i>Missbruk och beroende</i>	3
<i>Psykisk ohälsa</i>	4
<i>Samsjuklighet</i>	4
Integrerade insatser för personer med samsjuklighet	4
<i>Assertive Community Treatment (ACT)</i>	4
<i>Flexible Assertive Community Treatment (FACT)</i>	5
<i>Integrated Dual Disorder Treatment (IDDT)</i>	5
<i>Case management</i>	5
METOD	5
Val av metod	5
Urval och datainsamling	6
Kvalitetsbedömning av artiklar	7
TEORI OCH TIDIGARE FORSKNING	9
Organisatoriska förutsättningar	9
Samverkan	9
Implementering- en förutsättning för integrerade insatser	10
Vården för samsjuka i samtiden	10
Aktuell samhällsdebatt angående samsjuklighet	14
RESULTATREDOVISNING	14
Komponenter inom integrerade insatser	14
Effekten av integrerade insatser	18
Hinder och möjligheter för implementering	24
DISKUSSION OCH ANALYS	27
Sammanfattning	27
Analys	27
Slutdiskussion	29
Studiens styrkor och svagheter- samt förslag till vidare forskning	30
<i>Reliabilitet, generaliserbarhet och validitet</i>	31
Förslag till vidare forskning	31
REFERENSLISTA	33
BILAGOR	37

INLEDNING

Inom det sociala arbetet utreds ständigt hur vården för personer med samsjuklighet, i form av missbruk och psykisk ohälsa, kan förbättras. Samsjuklighet kräver ofta komplexa insatser och ställer krav på samverkan och samordnade insatser mellan beroendevården och psykiatrin (Socialstyrelsen, 2019a). Men det finns en hel del brister med de insatser som tillämpas där den helhetssyn som krävs för att möta deras sammansatta behov ofta saknas. Det är problematiskt att vården för personer med samsjuklighet upprätthålls av två separata verksamheter, Socialtjänsten och Hälso-och sjukvården. Enligt Sterling, Chi och Hinman (2011) finns det flera olika faktorer som försvårar verksamheternas samverkan i målet att erbjuda en gemensam vård, som exempelvis skillnader i professionernas utbildning och kunskapsutveckling, finansiella hinder, samt stigma från den professionella riktat mot personer med samsjuklighet. Internationellt har flera program och modeller utvecklats som visat sig vara effektiva för att skapa integrerade insatser för personer med missbruk och psykisk ohälsa. En integrerad insats innebär att behandling och åtgärder samordnas så att individen kan få hjälp att bearbeta båda tillstånden samtidigt (Socialstyrelsen, 2019a, 2019b). Några exempel på modeller är Assertive Community Treatment (ACT), Flexible Assertive Community Treatment (FACT), Integrated Dual Diagnosis Treatment (IDDT) samt modeller gällande Case Management. Det som skiljer de tre integrerade insatserna från case management är att behandlingen ges av ett multidisciplinärt team. Inom case management är det en person som har ansvaret för individen. Gemensamma komponenter för de integrerade modellerna är att det ingår uppsökande arbete, samordnade insatser och nära kontakt mellan behandlare och klient. Det finns avslutningsvis ett antal former av integrerade insatser runt om i världen, varav föreliggande studie kommer fokusera på några av dessa.

Personer med samsjuklighet i form av missbruk och beroende och någon form av psykiatrisk diagnos är i Sverige en utsatt grupp. Kommittédirektiv *Samordnade insatser vid samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd* (Dir. 2020:68, s. 5) redogör att "[d]et finns tydliga samband mellan svårare missbruk och psykisk sjukdom i kombination med social utslagning som hemlöshet, arbetslöshet och skuldsättning". Samsjuklighet har även samhälleliga återverkningar i form av bland annat brottslighet och sjukskrivningar. Denna problematik kräver därför vård av god kvalitet och innefattar insatser från flera olika verksamheter. Huvudansvaret för personerna vilar på främst två huvudmän, Socialtjänsten samt Hälso-och sjukvården (Socialstyrelsen, 2019a). Kommunerna har, enligt Socialtjänstlagen (2001:453) [SoL] 5 kap. 9 §, ansvaret att aktivt sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och den vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket. Ansvaret att sörja för den missbrukande individen leder till att socialtjänsten har ett intresse i utvecklingen av integrerade insatser och nya sätt att vårda samsjuka individer på bästa möjliga sätt. Socialtjänsten ansvarar även för sociala stödinsatser i form av t.ex. boende, sysselsättning, försörjning samt till stöd för barn, anhöriga och närstående (Dir. 2020:68). Samtidigt har regionerna en skyldighet enligt Hälso-och sjukvårdslagen (2017:30) [HSL] 8 kap. 1 §, att erbjuda en god hälso-och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen. I det ingår bland annat abstinensbehandling och läkemedelsassisterad behandling vid alkohol-och narkotikamissbruk samt övriga medicinska och psykiatriska insatser.

Socialstyrelsens kartläggning visar att över 50 procent av personer vårdade för beroendeframkallande substanser även vårdades för psykiatriska diagnoser. Det framgår av kartläggningen (Socialstyrelsen, 2019a) att 51 835 personer (10 år eller äldre) vårdades för intag av beroendeframkallande substanser 2017. Inom den kartlagda gruppen hade 64 procent

av kvinnorna och 52 procent av männen även vårdats för en eller fler psykiatriska diagnoser under tidsperioden 2016-2018. Personer med samsjuklighet är i behov av vård och stöd från flera olika verksamheter där samverkan mellan de ansvariga huvudmännen inom Socialtjänsten samt Hälso- och sjukvården är en grundförutsättning för god vård och omsorg (Socialstyrelsen, 2019a). Ett sätt för dessa verksamheter att samverka är att utgå från integrerade insatser, i form av integrerade team och case manager. Socialstyrelsen påpekar att integrerade verksamheter och arbetssätt som idag nyttjas är otillräckligt utvärderade. Utvärderingen av samordningsmodeller fokuserar främst på ekonomiska och organisatoriska effekter, istället för att rikta fokus på hur detta arbetssätt upplevs och påverkar utfallet för patienter och brukare (Socialstyrelsen, 2019a).

Problembeskrivning

I Sverige är samsjuklighet ett vanligt förekommande tillstånd men trots detta faller personer som är i behov av vård och stöd mellan stolarna. Socialstyrelsen (2019a) skriver i sin kartläggning att samverkan är essentiell för personer med samsjuklighet då de behöver vård och behandling från flera olika verksamheter. Samverkan är även viktig för att den hjälp och det stöd personen får ska ges utifrån ett helhetsperspektiv där individens medicinska och sociala behov sammantaget ska tillgodoses. Johnson, Richert och Svensson (2017) menar att tidigare skickades samsjuka individer mellan socialtjänsten och psykiatrin då verksamheterna var oense om vad som skulle behandlas först. Socialtjänsten ansåg inte att det var möjligt att arbeta med individens missbruk, om denne inte fått hjälp med den psykiska problematiken, samtidigt som psykiatrin menade att de inte kunde bearbeta individens psykiska problem när denne är i ett aktivt missbruk. För att motarbeta att personerna även fortsättningsvis skickas runt mellan vårdinstanser, rekommenderar Socialstyrelsen att samsjuka personer ska få samordnad och samtidig behandling. Ett sådant förslag som Socialstyrelsen (2019b) framför är att samsjuka individer ska behandlas med hjälp av *case management* i form av *integrerade* eller *samverkande team*. Insatsen innebär att ett multiprofessionellt team samordnar vård och stöd så att den psykiska problematiken, missbruket och sociala stödåtgärder ombesörjs samtidigt. Socialstyrelsen (2019b) beskriver att en mer intensiv insats är ACT, som denna forskningsöversikt delvis fokuserar på.

Individer med samsjuklighet löper särskild risk att skickas vidare till en annan vårdinstans då inte alla vårdgivare erbjuder integrerade insatser för deras missbruk och psykiska sjukdomar. Detta betonar bland andra Ducharme, Knudsen och Roman (2006) i sin artikel om tillgängligheten av integrerade insatser för samsjuka. På samma sätt som vården i Sverige för målgruppen samsjuka upprätthålls av två verksamheter (Socialtjänsten och Hälso- och sjukvården), så är den buren av två system i USA. Ducharme et al. (2006) menar att sprickan mellan systemen har negativ påverkan på klienters följsamhet i behandling, för verksamheternas långsiktiga kostnader och för effekten på klienternas behandling. I Sverige står hälso- och sjukvården främst för den medicinska behandlingen av missbruk eller beroende och kommunerna är ansvariga för övriga psykosociala insatser (Lundgren, Wilkey, Chassler, Sandlund, Armelius, Armelius & Brännström, 2014). Det fortgår samtidigt en diskussion kring att det finns flera alternativ till hur implementeringen av integrerade system kan gå till. Ett förslag är att sammanfoga de två system som finns, alltså kompetensen som finns angående missbruk och beroende samt psykisk ohälsa sammanfogas till ett multidisciplinärt team. Det andra förslaget fokuserar på att skapa ett nytt system där missbruksproblematik och psykiatriska problem behandlas som ett (Lundgren et al., 2014). En av anledningarna till att diskussionen kring integrerade insatser eller system har pågått under flera år kan tänkas vara att det fanns, och fortfarande finns, ett behov att ständigt kunna

möta det mer komplexa klientbehovet. Utöver klienternas behov finns även ett ökat krav på tillgänglighet och behovet av kostnadseffektiva behandlingar samt ett skifte till att fokusera mer på tidigare åtgärder, prevention och välbefinnande (Lundgren et al., 2014).

Den forskning som bedrivs om integrerade insatser innefattar flera olika forskningstyper. Det är vanligt med policyforskning som undersöker förutsättningar för implementering (Todd, Sellman & Robertson, 2002), kvantitativa (Morse et al., 2006; Essock et al., 2006) eller kvalitativa studier som undersöker insatsernas effekt på målgruppen genom intervjuer eller försöksstudier (Van Wamel et al., 2021; de Crespigny et al., 2015). Det tycks emellertid som att forskarna inte är eniga angående användandet av integrerade insatser och vilken effekt integrerade insatser egentligen har på samsjuka. Stödet för den integrerade modellen är därför inte samstämmigt men det ökar och fler beslutfattare samt läkare uppmuntrar användningen av integrerad behandling (Kikkert et al., 2018; Essock et al., 2006). Inom området finns både ett relativt omfattande antal primär/-effektstudier samt översiktsartiklar som ger en överblick om vad forskningen säger kring samsjuklighetsvården samt vilka insatser som kan gynna dessa individer (Torrens et al., 2012; Morse et al., 2006; Todd, Sellman & Robertson, 2002). Genom att inkludera effektstudier av integrerade insatser kommer föreliggande uppsats designas som en integrativ forskningsöversikt för att undersöka och syntetisera forskningsfältet. Studien kommer även att undersöka vilka möjligheter samt eventuella hinder det finns inom verksamheterna för att upprätthålla dessa insatser. Föreliggande studie fokuserar på ett västerländskt perspektiv och inkluderar artiklar från USA, Nederländerna, Australien och Nya Zeeland. Ambitionen är att bidra med kunskap kring hur personer med samsjuklighet kan få en vård som tar hänsyn till hela problembilden, samt vilken effekt implementeringen av en integrerad behandlingsprocess har på samsjuka personer.

Syfte

Syftet med studien är att undersöka integrerade insatser riktade mot personer med samsjuklighet i form av missbruk och psykisk ohälsa. Mer precist undersöks följande frågeställningar:

1. Vad eller vilka specifika komponenter finns inom de integrerade insatserna?
2. Vilka effekter visar forskning av integrerade insatserna i termer av förbättrad *psykisk hälsa*, en stabilare *boendesituation* och ett reducerat *missbruk*?
3. Vilka hinder och möjligheter framkommer i litteraturen när det gäller att implementera integrerade insatser?

I en avslutande diskussion analyseras resultaten med utgångspunkt i organisatoriska förutsättningar för implementering av integrerade insatser.

Begreppsförklaringar

Missbruk och beroende

De termer och definitioner som är främst förekommande inom hälso-och sjukvården gällande ett problematiskt förhållande till alkohol eller narkotika utgår från olika diagnossystem som International Classification of Diseases and related health problems (ICD) och Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) (Socialstyrelsen, 2019a). För att kunna

klassas som ett beroende menar Socialstyrelsen (2019b) att tre av sex kriterier från ICD behöver vara uppfyllda (stark längtan efter drogen, svårighet att kontrollera intaget, fortsatt användning trots skadliga effekter, prioritering av droganvändning är högre än andra aktiviteter och förpliktelser, ökad tolerans eller fysiska abstinenssymtom). Skadligt bruk kan även i vissa fall diagnostiseras vilket innebär att psykoaktiva substanser används så att den fysiska och psykiska hälsan skadas. Socialtjänsten gör däremot inga diagnostiska överväganden, utan de fastställs av hälso- och sjukvården. I Socialtjänstlagen används benämningarna ”missbruk” och ”missbrukare”, men begreppen definieras inte något ytterligare. Traditionellt syftar begreppet dock ofta på de sociala, psykiska och fysiska konsekvenserna av alkohol och andra droger (Socialstyrelsen, 2019a).

Psykisk ohälsa

Det finns olika begrepp som motsvarar psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa kan syfta på allt från mindre psykiska problem såsom oro och nedstämdhet till mer allvarliga tillstånd som uppfyller kriterierna för psykiatrisk diagnos. Psykisk ohälsa kan även innefatta psykisk funktionsnedsättning och neuropsykiatriska tillstånd. Psykisk funktionsnedsättning innebär en nedsatt funktionsförmåga till följd av psykisk ohälsa, som kan uttrycka sig genom långvariga svårigheter med att utföra aktiviteter inom nödvändiga delar för det dagliga livet. Neuropsykiatriska tillstånd syftar på en samling av funktionsnedsättningar såsom ADHD, autismspektrumtillstånd och Tourettes syndrom (Socialstyrelsen, 2019a).

Samsjuklighet

Personer med samsjuklighet beskrivs enligt Socialstyrelsen (2019a) uppfylla de diagnostiska kriterierna för flera sjukdomar. Ett exempel på samsjuklighet kan vara personer med ett missbruk/beroende som även har psykiska sjukdomar. Personer med ett missbruk/beroende har en ökad risk för att utveckla psykiska sjukdomar och vice versa. Johnson, Richert och Svensson (2017) förtydligar att för att personer med samsjuklighet inte ska ”falla mellan stolarna” krävs det en samordnad insats samt att vården sker samtidigt.

Integrerade insatser för personer med samsjuklighet

Assertive Community Treatment (ACT)

ACT, som står för Assertive Community Treatment (på svenska ”Aktiv uppsökande integrerad samhällsbaserad behandling och rehabilitering”) är en arbetsmodell för hur kommuner och landsting kan utföra samordnade vård- och stödinsatser som bygger på case management (Norrköping kommun, 2010.). Case manager beskrivs av Norrköpings kommun (2010, s. 6) som följande: “[e]n case manager eller CM, är en av organisationerna, socialtjänsten och landstingets psykiatri utsedd person som ansvarar för, planerar, organiserar, samordnar och utvärderar vården av en patient under en hel vårdepisod”. Detta är en multiprofessionell modell som bygger på att samordna en psykiatrisk och social insats för multisjuka klienter. ACT ges av ett team bestående av psykiater, sjuksköterskor, socialarbetare, psykolog, arbetsterapeuter med flera, där syftet är att klienten inte ska ha behov av någon annan resurs utanför teamet. Det är CM som är huvudpersonen i ett multiprofessionellt team och har den nära kontakten med klienten. Flera studier har påvisat effektiviteten av ACT och case management avseende färre vårdbesök, att personer håller kvar ett boende samt minskad risk för nya fängelsestraff (Norrköpings kommun, 2010). Integrated Assertive Community Treatment (IACT) och Assertive Community Treatment (ACTO) som undersöks i Morse et al. (2006) är inte modeller av ACT utan versioner av ACT som författarna skapat för undersöka olika aspekter av ACT. IACT är ACT med integrerad behandling tillagd. ACTO syftar till standardversionen av ACT beskriven ovan.

Flexible Assertive Community Treatment (FACT)

FACT utvecklades då det ansågs föreligga för långa behandlingsperioder för patienter knutna till ett ACT-team. Metoden utvecklades för att kunna erbjuda samsjuka personer mer intensiv case management. Tanken är att erbjuda möjligheten till fler patienter istället för att begränsa det till endast de som är i ytterst behov utav det. I och med att modellen inkluderar flera patienter innebär detta ett krav på flexibilitet som innebär att man inom ett team måste kunna öka eller minska insatserna utan att patienten behöver byta vårdinstans. Fördelen är även att teamet kan behandla ett större antal patienter inom ett och samma team (Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser, 2015)

Integrated Dual Disorder Treatment (IDDT)

IDDT är en evidens- och manualbaserad insats med ett multidisciplinärt team som behandlar missbruk och psykiatriska symtom samtidigt. Kärnan i IDDT beskrivs som att byta exklusion mot inklusion. Det innebär att om en individ kommer till behandlingen onykter behöver de nödvändigtvis inte lämna om deras beteende inte är störande. Young et al. (2014) menar att inom IDDT ses återfall som ny erfarenhet snarare än ett misslyckande. Insatsen innehåller proaktivt uppsökande, kontinuerlig vård, särskild stegvis behandling, utbildning och inkludering av klientens närstående samt optimism (Kikkert et al., 2018; Young et al., 2014).

Case management

Case management beskrivs av Socialstyrelsen (2019c) som en insats som samordnar vården för individer med allvarliga psykiska problem. Case management består egentligen av flera olika modeller men det alla modeller har gemensamt är att det finns en samordnare, den så kallade case managern. I den ursprungliga case management modellen genomför case managern inga egna behandlingsinsatser. Den kliniska case management modellen innebär att managern har en viss behandlande roll. Övergripande menar Socialstyrelsen (2019c) att case managements syfte är att hjälpa klienten bibehålla kontakten med vården, minska antalet dagar klienten vistas på sjukhus samt stötta klienten i att förbättra dennes sociala funktion och livskvalitet.

METOD

I följande avsnitt presenteras metodval, urvalsmetod och datainsamlingsmetod. Avsnittet inkluderar även etiska överväganden och beskrivning av kvalitetsbedömningen av studiens inkluderade artiklar.

Val av metod

Denna studie ämnar bidra med kunskap kring hur vården för samsjuklighet i form av missbruk och psykisk ohälsa ser ut, hur vården kan ta hänsyn till hela problembilden samt hur implementeringen av en integrerad behandlingsprocess påverkar samsjuka individer och med detta som utgångspunkt har en integrativ forskningsöversikt valts. En integrativ forskningsöversikt ger möjlighet att inkludera såväl kvalitativ forskning som kvantitativ. Genom litteratursökning samlas sekundärdata som sedan används för att besvara studiens syfte och frågeställningar. Litteratursökningen, som en del av den integrativa forskningsöversikten, ska dokumenteras detaljerat och det ska tydlig framgå vilka inklusion- och exklusionskriterier som använts (Booth, Sutton & Papaioannou, 2016). Efter att litteratursökningen genomförts och artiklar har identifierats, har i enlighet med Booth et al. (2016) en kvalitetsbedömning genomförts. Detta för att ytterligare säkerställa artiklarnas relevans samt att identifiera styrkor och svagheter som kan påverka föreliggande studie. Denna kvalitetsbedömning har gjorts med hjälp av checklistor, avseende kvalitativa- och

kvantitativa artiklar, utformade av Forsberg och Wengström (2016, s. 194-207). Checklistorna har anpassats efter föreliggande studies inklusion- och exklusionskriterier (Se bilaga 1-2). Artiklarnas styrkor och svagheter diskuteras i avsnittet kvalitetsbedömning av artiklar och diskussionsavsnittet. Efter kvalitetsbedömningen har artiklarna sorterats in i olika teman baserat på föreliggande studies syfte och frågeställningar som sedan presenteras i resultatredovisningen.

Urval och datainsamling

Ett målinriktat urval syftar till att forskaren systematiskt väljer ut objekt baserat på deras attribut. Urvalet är därför inte slumpmässigt då forskaren väljer ut objekt baserat på relevansen för studiens syfte och frågeställningar (Bryman, 2011). För att hitta vetenskapliga artiklar relevanta för denna studie användes en systematisk litteratursökning. Sökningen grundar sig i ett antal inklusions- och exklusionskriterier vars syfte är att underlätta sökprocessen. Föreliggande studies inklusion- och exklusionskriterier presenteras i figur 1.

Figur 1. Inklusion- och exklusionskriterier

Inklusionskriterier

1. Artiklarna ska vara peer-reviewed
2. Artiklarna ska avse personer med samsjuklighet i missbruk och beroende och psykisk ohälsa
3. Artiklarna ska vara skrivna på svenska eller engelska
4. I sökningen ska endast artiklar publicerade mellan 1995-2021 inkluderas
5. I studiens första del (räknat till tidigare forskning) kan artiklar vars data är sekundär inkluderas
6. Till studiens andra del (resultat) ska enbart studier genomförda på primärdata inkluderas
7. Artiklarna kan ha kvalitativ och/eller kvantitativ ansats
8. Artiklarna ska beröra ett eller flera av dessa utfallsmått: psykisk ohälsa, missbruk och boendesituation
9. Artiklarnas författare ska ha gjort etiska överväganden för deras studier

Exklusionskriterier

1. Artiklar som inte avser personer med samsjuklighet i missbruk och beroende och psykisk ohälsa
2. Artiklar som inte är relevanta för studiens syfte eller frågeställningar

Litteratursökningen genomfördes genom att använda databaser försedda av Örebro universitet. De databaser som användes i föreliggande studie var *Social Services Abstract*, *Applied Social Science Index & Abstract*, *PsycInfo* och *Swepub*. Sökorden till litteratursökningen baserades på föreliggande studies syfte och frågeställningar. I litteratursökningen användes sökord på svenska och engelska. De svenska sökorden användes enbart i databasen *Swepub*. Litteratursökningen pågick mellan 9 november-12 december 2021. De svenska sökorden var: *samsjuklighet*, *integrerade insatser*. Till den engelska sökningen användes sökorden: *integrated care*, *comorbidity*, *substance abuse*, *addict**, *integrated health care*, *co-occurring disorder**, *mental health*, *integrated services*, *ACT*, *assertive community treatment*, *flexible assertive community treatment*, *effect**, *outcome**, *components*, *integrated treatment**, *element**, *dual disorder**. För att ytterligare avgränsa litteratursökningen användes så kallade booleska operatorer. Booth et al. (2016) förklarar att booleska operatorer är ett sätt att kombinera sökord med exempelvis "AND" eller "OR".

Operatoren "OR" användes för att kombinera sökord som har samma mening, såsom effect OR outcome. Likaså användes operatoren "AND" för att kombinera sökord med olika koncept, exempelvis integrated care AND comorbidity. Trunkeringar användes för att hitta olika variationer av begreppet i sökningen, vilket rekommenderas av Forsberg och Wengström (2016).

Litteratursökningarna resulterade i 2-195 träffar mellan de olika databaserna. De svenska sökorden resulterade i sammanlagt 56 träffar där flera av träffarna innehöll ämnen eller problemområden nära relaterat till denna studie. Sökträffarna i den svenska sökningen uppfyllde dock inte inklusion- och exklusionskriterierna var på den artikel som var intressant inkluderades i studiens tidigare forskningsavsnitt. Efter sökningen sållades resultaten i följande ordning: titel → abstract → fulltext. Totalt lästes 33 abstract, varav 26 artiklar lästes i fulltext. Då artiklarna lästes i fulltext framkom det att vissa av dessa 26 inte innehöll den tilltänkta målgruppen av samsjuklighet i form av både missbruk och psykiska ohälsa och sållades därför bort. Artiklarna sållades även baserat på vilka utfallsmått som undersöktes, då föreliggande studies särskilda fokus var på missbruk, psykisk ohälsa och boendesituation. Till denna litteraturstudie har 9 artiklar inkluderats som presenteras i resultatavsnittet. Andra artiklar som berörde problemområdet men inte uppfyllde inklusion- och exklusionskriterierna har inkluderats i problembeskrivningen och tidigare forskning.

Kvalitetsbedömning av artiklar

Då föreliggande studie är en forskningsöversikt med en integrativ design är ett viktigt steg i processen att försöka säkerställa att de artiklar som inkluderats är av god kvalitet. För studier av kvantitativ ansats menar Forsberg och Wengström (2016) att randomiserade kontrollerade studier (RCT) har det högsta bevisvärdet och den typ av studie som är mest önskvärd att inkludera. I föreliggande studie är tre av fem artiklar inkluderade i resultatavsnittet avseende effekter av integrerade insatser RCT-studier. De andra två studierna var av icke-experimentell design vilket har ett lägre bevisvärde än RCT-studier då de ofta saknar kontrollgrupp. Vidare är urval en viktig aspekt av studieresultatens kvalitet då antalet respondenter inkluderade och bortfallet av respondenter påverkar generaliserbarheten (Forsberg & Wengström, 2016). Med dessa aspekter i åtanke genomfördes en kvalitetsbedömning med hjälp av checklistor anpassade från Forsberg och Wengström (2016, s. 194-202) för kvantitativa studier (se bilaga 1). Kvalitetsbedömningen gav en bra överblick över artiklarna och om det inte upptäcktes för stora brister samt att inklusion- och exklusionskriterierna fortfarande var uppfyllda, inkluderades artikeln. Checklisten för kvantitativa artiklar består av nio textfrågor och sex frågor med svarsalternativ. Om fem av textfrågorna kunde besvaras med tydlighet, alltså att svaret enkelt kunde återfinnas i artikeln, och tre av de sex svarsalternativen var "ja" ansågs artikeln vara av god kvalitet. När det var frågor som inte kunde besvaras med tydlighet eller frågor där svarsalternativet var nej tog författaren hänsyn till om artikelförfattarna diskuterat orsaken i artikeln. Ett exempel kan vara om det framgår att en artikel har stort bortfall och artikelförfattarna har resonerat kring orsaken till bortfallet, ges hänsyn till resonemanget i bedömningen. Resultat från kvalitetsbedömningen som kan ha påverkat studien diskuteras ytterligare i diskussionsavsnittet.

Kvalitetsbedömningen av kvalitativ forskning är annorlunda från kvantitativ då fokus är på att tolka och förstå andras berättelser (Forsberg & Wengström, 2016). Inom kvalitativ forskning ämnar datainsamlingsmetoderna att bidra med en djupare förståelse av det valda problemområdet och syftet med det insamlade materialet är att framhäva mönster och sammanhang. Datainsamlingsmetoderna kan se olika ut: intervjuer eller observationer. Kvalitativa studier kan även genomföras på texter och skrivna berättelser. Gemensamt är att

det tillåter respondenter att använda sina egna ord (Forsberg & Wengström, 2016). Det är således viktigt inom kvalitativ forskning att välja en metod som kan besvara forskningsfrågan. Det anføres av Forsberg och Wengström (2016) att genom urvalet vill kvalitativa forskare i en större utsträckning kunna beskriva och skapa förståelse om det valda problemområdet. Det är således mindre fokus på att kunna generalisera resultatet baserat på urvalet såsom det är inom kvantitativ forskning. En annan del i kvalitativ forskning som är viktig för kvalitetsbedömningen är analysen. Det är en utmaning att översätta stora mängder data till förståelig text och kunna förmedla allt på ett tydligt sätt så att läsaren kan följa med. Övergripande menar Forsberg och Wengström (2016) följande, för att bedöma kvalitativ forskning bör några av följande frågor diskuteras: har studiens teoretiska ram tydligt förklarats, är metod och urval tydligt beskrivet samt relevant för studiens problemområde och kan analysen kopplas till studiens frågeställning och metod? I föreliggande studie är fyra av de nio artiklarna inkluderade i resultatet av kvalitativ ansats. Artiklarna av kvalitativ ansats har inkluderats i resultatavsnitten, komponenter inom integrerade insatser samt hinder och möjligheter för implementering. Kvalitetsbedömningen av kvalitativa studier har genomförts med hjälp av checklistor för kvalitativ forskning, anpassade från Forsberg och Wengström (2016, s. 203-207). Den anpassade checklistan kan ses i bilaga 2. Checklistan för kvalitativ forskning består av sex textfrågor och 11 frågor med svarsalternativ. För att artikeln skulle bedömas vara av god kvalitet ansåg författaren att sju av de 11 frågorna med svarsalternativ ska vara "ja" samt tre av de sex textfrågorna ska visa att innehållet tydligt kunde återfinnas i artikeln. Som vid bedömningen av kvantitativ forskning, har artiklar som uppfyller en god kvalitet samt uppfyller inklusions- och exklusionskriterierna, använts i föreliggande studie. Resultatet av kvalitetsbedömningen diskuteras vidare i diskussionsavsnittet.

Etiska överväganden

Då denna studie är en litteraturöversikt behöver inte etiska principer kring deltagande informanternas risk för skada eller kränkningar diskuteras här, dock är det viktigt att diskutera andra forskarens frågor istället (Vetenskapsrådet, 2017). Forskarens syftar på frågor som rör forskaren själv: ansvar, forskarens uppträdande och vetenskaplig oredlighet. Vetenskaplig oredlighet kan vara sådant som plagiat, fabrikationer eller förvanskningar och annat klandervärd beteende (Vetenskapsrådet, 2017). Plagiat är det som förekommer främst enligt Vetenskapsrådet (2017) och beskrivs som att framställa andras tankar, idéer eller material som ditt eget. Det enklaste sättet att undvika plagiat är att hänvisa till ursprungskällan för text som används som inte är skapat av dig själv. I föreliggande studie har information, tankar och citat som kommer från andra källor refererats. Förvanskning syftar till att inte presentera material eller data på korrekt sätt, eller att utesluta material (Vetenskapsrådet, 2017). Det framförs av Forsberg och Wengström (2016) att det är viktigt att inkludera studier som fått tillstånd från en etisk kommitté eller i övrigt gjort etiska överväganden. Vetenskapsrådet (2017) menar att sådan forskning som använder material som redan samlats in för någon annan forskning, exempelvis registerforskning, står inför andra frågor. Personerna som forskningen handlar om kan vara ovetande om att de ingår i ett forskningsprojekt vilket leder till att sådan forskning kan vara känslig ur ett integritetsperspektiv. Denna studie är en forskningsöversikt som behandlar redan tillgängligt material. Trots att risken är låg att resultatet av denna forskningsöversikt ska orsaka skada för deltagarna i de inkluderade studierna, har författaren återgett informationen på ett så korrekt sätt som möjligt för att minska risken för kränkningar.

TEORI OCH TIDIGARE FORSKNING

I detta avsnitt kommer studiens teoretiska ram och tidigare forskning presenteras. Den teoretiska ramen, som utgörs av organisatoriska förutsättningar för implementering av integrerade insatser, kommer sedan användas som grund för analys och diskussion i avsnittet för diskussion och analys.

Organisatoriska förutsättningar

En organisation beskrivs av Nationalencyklopedin som tvåfaldig, där en del syftar till en planerad samverkan mellan individer och grupper med gemensam målsättning, och den andra hänvisar till hur en förvaltning eller ett företag är strukturerad ("Organisation", u.å). Begreppet organisation förklaras av Svensson, Johnsson och Laanemets (2008) med hjälp av Max Webers klassiska definition. En organisation är en samling individer som i mer eller mindre hierarkiska formationer strävar efter effektivitet- och att genom givna regler och strukturer kunna uppnå den bästa möjliga effektiviteten. Denna typ av modell beskrivs som den ideala byråkratin men är kritiserad då den inte tar hänsyn till organisationer som är strukturerade på andra sätt eller organisationer som arbetar med olika former av rutinuppgifter. Det skedde sedan en särskiljning mellan organisationer som tillverkar materiella produkter och sådana som arbetar med människor, så kallade människobehandlande organisationer. Sådana människobehandlande organisationer inom socialt arbete är en del av välfärdssamhället och en del av dess funktion är att hålla ihop samhället (Svensson, Johnsson & Laanemets, 2008). Dessa organisationer ska värna om sina klienter och göra det bästa de kan för dem samtidigt som de även ska ta hänsyn till statens intressen som till exempel att tillhandahålla medborgares rättigheter eller tillhandahålla metoder och resurser som kan hjälpa individer bli socialt integrerade. En annan aspekt av organisationen är de som arbetar i den, representerar den utåt. Socialarbetare beskrivs som gräsrotsbyråkrater som har direkt kontakt med de medborgare organisationen ska hjälpa. Det blir alltså den yrkesverksammas uppgift att tillgodose klientens behov och uppfylla organisationens uppdrag (Svensson, Johnsson & Laanemets, 2008).

Samverkan

Det har i föreliggande studie tidigare beskrivits att samverkan är en viktig del i omsorgen av samsjuka individer och att det är en förutsättning mellan olika verksamheter för att kunna bemöta samsjukas komplicerade behov. Enligt Socialstyrelsens termbank definieras samverkan som "övergripande gemensamt handlande på organisatoriskt plan för ett visst syfte" (Socialstyrelsen, u.å). Enligt termbanken kan samverkan även ske mellan flera olika parter, mellan myndigheter, verksamheter eller andra samhällsaktörer och innefattar ofta antingen gemensam planering av något eller utbyte av information. Utgångspunkten för att samverkan ska fungera är att det finns en gemensam bild över vad målet och syftet med samverkan är. En välfungerade samverkan fokuserar på vad personens behov är och utgår från ett helhetsperspektiv. Detta innebär att det ställer krav på organisatoriska förutsättningar, såsom tydlig målsättning, tydlig ansvarsfördelning och tillräckliga resurser (Socialstyrelsen, 2019a). Denna betoning på samverkan och samordning är inskriven i lagstiftningen och återfinns i både socialtjänstlagen (SFS 2001:453, 2 kap. 7 §) och hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30, 16 kap. 4 §). Utgångspunkten för lagtexten är att när en individ behöver insatser från socialtjänsten såväl som hälso- och sjukvården ska kommunen och regionen sammanställa en plan för hur dennes behov ska tillgodoses. En del av denna plan är, enligt Socialtjänstlagen (SFS 2001:453, 2 kap. 7 §), är att förtydliga vilka insatser som behövs, vem som bär ansvaret för vad och om det finns behov av insatser från någon annan än dessa aktörer.

Implementering- en förutsättning för integrerade insatser

Det finns flertalet faktorer som påverkar implementeringen av integrerade insatser, både på en organisatorisk nivå och på individuell nivå. Sterling et al. (2011) skriver att vården av samsjuka hindras av en splittring i organiseringen, kostnader, sekretess och stigma upplevd av den samsjuka. Splittringen som Sterling et al. (2011) nämner syftar till systemet i USA, där splittringen beror på att psykiatri och missbruksvården får särskilda bidrag från den federala regeringen riktat till specifika delar av den regionala staten. Sterling et al. (2011) förklarar att i USA under 1900-talet behandlades individer med missbruksproblematik på institutioner där psykiatri var en del av den vård som erbjöds, såsom sanatorier eller mentalsjukhus. Under senare 1900-talet började dock missbruksbehandlingen separeras från psykiatri och självhjälpssystem blev mer populära. Men som Johnson, Richert och Svensson (2017) förklarar, finns en liknande uppdelning i Sverige då missbruksvården faller under kommunens ansvar och psykiatri faller under regionens (tidigare landsting) ansvar. Sterling et al. (2011) hävdar att uppdelningen av vården leder till att vissa utförare eller behandlingsprogram inte kan eller vill ta emot samsjuka patienter. Denna splittring resulterar även i att patienterna själva måste navigera genom vården och dess separata system, vilket för patienter med kognitiva begränsningar eller andra funktionella svårigheter är särskilt utmanande. Det leder ofta till att patienterna i slutändan inte lyckas slutföra sitt behandlingsprogram. Sterling et al. (2011) menar att dessa problem och det splittrade systemet utmynnade i att statistiken för påbörjad behandling, åtagandet av vården samt bibehållandet av behandlingen är låg i gruppen samsjuka.

I en utvärdering, på uppdrag av Sveriges Kommuner och Regioner, ifrågasätter Ekermo och Beckman (2008) varför case management modellen ACT inte fått större fäste i Sverige. Som svar på frågan hänvisar författarna till forskare som påstår att detta bottnar i en osäkerhet om modellens generaliserbarhet, effektivitet och kostnader, vilka till en början skulle vara höga då en sådan modell innebär multidisciplinära team (Ekermo & Beckman, 2008). Det framförs vidare att implementering i offentliga organisationer är komplexa att genomföra. Implementeringsforskning pekar på ett antal faktorer som påverkar implementeringens utfall:

Brist på delaktighet hos de som ska arbeta med den nya metodiken, brist på förankring hos berörda politiker och chefer på olika nivåer i organisationen, brist på information och kunskap på både lokal och regional nivå, brist på tydlighet från ledning och avsaknad av tillräckliga resurser såsom till exempel lokaler och material kan utgöra problem i en implementering... (Ekermo & Beckman, 2008, s. 34f)

Enligt Ekermo och Beckman (2008) kan problem i implementeringen även relateras till personer som inom organisationen önskar förändring men som inte kan påverka att en sådan kommer till stånd, liksom till andra som upplever en sådan förändring hotande. En förändring kan innebära att brister som finns inom organisationen eller en särskild avdelning uppdragas vilket personer vill undvika och därmed inte deltar i förändringsarbetet.

Vården för samsjuka i samtiden

Samsjuka personer beskrivs som en heterogen grupp med stor variation av behov och grad av allvarlighet i diagnos. Johnson, Richert och Svensson (2017) återger en intervju med en psykolog som arbetar med samsjuka individer på en öppenvårdsverksamhet där denne uppger att de arbetar efter vad klienten vill. Det görs ofta en nybesöksutredning för nya klienter där en sjuksköterska och psykolog är närvarande och träffar klienten vid ett par tillfällen för att diskutera målsättning och önskemål för vård. Efter kontakt med läkare, påbörjas någon form av behandlingskontakt. Då personernas vårdbehov varierar innebär det att behandlingarna som påbörjas också varierar, det kan exempelvis vara terapi eller kombinerad stödkontakt och

medicinering (Johnson, Richert & Svensson, 2017). En viktig del enligt psykologen är att klienterna ska känna tillit till personalen, relationsskapandet är väsentligt i deras arbete. Socialstyrelsen (2019b) menar att det är viktigt att behandla båda tillstånden hos en samsjuk person samtidigt och samordnat. Utöver den psykiska ohälsan och missbruket, kan personen ha andra problem som kan föranleda ytterligare stöd och insatser. Socialstyrelsen skriver i sin rekommendation att socialtjänsten tillsammans med hälso- och sjukvården *bör* erbjuda samsjuka individer integrerad behandling (Socialstyrelsen, 2019b). Eftersom samsjuka personers vård- och stödbehov innefattar flera verksamheter eller myndigheter är samverkan viktig. Kikkert, Goudriaan, de Waal, Peen och Dekker (2018) menar att en del av svårigheten med att behandla personer med samsjuklighet är att respektive behandling inte är kompatibel med varandra, vilket innebär att behandlingen för ett tillstånd inte nödvändigtvis är anpassat för individens andra tillstånd. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017) beskriver att psykiatrin hänvisar individer med aktivt missbruk och psykiska problem till kommunen då missbruket behöver behandlas innan de psykiska problemen kan behandlas. Problem uppstår då kommunen inte kan behandla missbruket då individen har psykiska problem. Svårigheterna att behandla samsjuka kan även bero på att de olika organisationerna saknar kompetens för att behandla personer med så kallad dubbeldiagnos. Dessa svårigheter sammanlagt leder, enligt Kikkert et al. (2018), till att samsjuka patienter är svårare att engagera i vården och oftare inte slutför behandling. I ett försök att förhindra detta och se till att patienter får korrekt vård skapades en integrerad insats, så kallad Integrated Dual Diagnosis Treatment (IDDT). IDDT består av ett multidisciplinärt team som arbetar med både psykiatrisk och medicinsk behandling av samsjuka samt att de fokuserar på social funktionalitet (Kikkert et al., 2018).

Samsjuklighet i litteraturen

Studier avseende samsjuklighet pekar på en ökning av individer med missbruk och påtaglig psykisk problematik. Exempelvis beskriver Dugmore och Bauweraerts (2021) att verksamheter och organisationer som vårdar psykisk ohälsa ser en tillströmning av personer med samsjuklighet. De menar vidare att 56 procent av personer med psykisk ohälsa även har problem med missbruk. Dugmore och Bauweraerts (2021) menar att i Storbritannien föreskrev Hälsomyndigheten 2007 en ändring i praktiken för samsjuklighetsvården, där personal skulle utbildas vilket sedermera skulle leda till bättre utfall för målgruppen. Trots förhoppningen att ändringen i samsjuklighetsvården som föreskrevs 2007 skulle förbättra utfallet för målgruppen menar Dugmore och Bauweraerts (2021) att det inte fanns ekonomiska resurser tillgängliga för multidisciplinära team eller någon sammanhängande modell i praktiken, även om integrerade verksamheter har visat effekt på utfallet av samsjukas behandling. Moser et al. (2013) beskriver att ACT som modell har visat sig effektiv i att minska antalet dagar på sjukhus och förbättra boendesituationen för klienter med allvarlig psykisk sjukdom. Det framgår dock att då antalet individer med psykisk sjukdom samt missbruksproblematik ökar, ifrågasätts modellens effektivitet för den målgruppen. Moser et al. (2013) påpekar att en av orsakerna till att ACT inte har en tillförlitlig effekt på missbruk kan bero på att modellens programtrohet inte efterföljs vilket inte heller har utvärderats. En utvärdering av programtroheten för ACT finns i olika format, exempelvis Dartmouth Assertive Community Treatment Scale (DACTS) eller Tool of Measurement of Assertive Community Treatment (TMACT) och innehåller flertalet kategorier. Inom TMACT betygsätts varje kategori på en femgradig skala, ju högre poäng desto större är implementering av den kategorin, exempelvis drift och struktur, kärnteam och evidensbaserad praktik (Moser et al., 2013). Det diskuteras i Moser et al. (2013) att integrerad missbruksvård och behandling för psykisk ohälsa producerar en positivare påföljd än behandling parallellt eller den ena behandlingen efter den andra. Detta är en ståndpunkt som även framförs av

Sterling et al. (2011), vilka dock ifrågasätter om ett sådant integrerat system går att implementera. Sterling et al. (2011) diskuterar alternativ till hur en integrering sker på det sätt som gynnar den samsjuka bäst och föreslår att kombinera missbruksvård och psykiatriskvård i primärvården. En sådan integration skulle möjligtvis kunna leda till att stigmat kopplat till dessa vårdtyper minskar och kan nå flera personer menar Sterling et al. (2011).

Det är en viktig fråga för samhället hur samsjuka individer ska behandlas och vilket sätt som är bäst. I en översikt angående statusen av vården för samsjuka personer betonar Torrens, Rossi, Martinez-Riera, Martinez- Sanvisens och Bulbena (2012), att frågan om hur samsjuka ska behandlas är en viktig fråga för beslutsfattare. Torrens et al. (2012) beskriver att det finns tre service modeller: sekventiell, parallell och integrerad. Den *sekventiella modellen* innebär att behandling ges i följd, alltså en behandling följer på en annan. Personens problematik behandlas en i taget och när den problematiken är någorlunda stabiliserad hänvisas personen vidare. Det poängteras att den kontakt som finns mellan vårdgivarna avser den tid då personen remitteras vidare till nästa instans. Torrens et al. (2012) menar att bristen på kontakt beror på att psykiatrin och missbruksvården är självständiga och separata, det sker alltså inget informationsutbyte förrän personen remitteras vidare. Detta ”glapp” mellan instanserna är avsedd att vara liten men kan i många fall vara tillräcklig för att personen ska hoppa av behandlingen. Ett ytterligare problem som en sådan modell kan medföra är att individerna med dubbel diagnos inte kvalificerar sig till en av behandlingarna (Torrens et al., 2012). Denna modell innebär ofta att samsjuklighetsproblematiken inte bemöts på rätt sätt samt att den kan påverka effektiviteten. En *parallell modell* innebär att problematiken behandlas samtidigt dock ofta av separata vårdgivare. Denna separation av vårdgivare karaktäriseras av att de har åtskilda behandlingsfilosofier och att det kan medföra organisatoriska begränsningar. För den samsjuka kan det innebära att de inte blir remitteras vidare för sin samsjuklighet och att en stor del av ansvaret för vården faller på den samsjuka själv, vilket är något som Sterling et al. (2011) instämmer är problematiskt. Slutligen så beskriver Torrens et al. (2012) den *integrerade modellen* som i deras översikt framstod som den mest lämpade för målgruppen. Modellens utgångspunkt är att behandlingen för missbruket och den psykiska ohälsan sker samtidigt, långsiktigt och integrerat. Visionen för den integrerade modellen är multidisciplinära team som behandlar den samsjuka målgruppen i ett system som till någon grad sammanfogat missbruksvården och psykiatrin. En sådan sammanslagning menar Torrens et al. (2012), möjligtvis skulle kunna motverka de olika behandlingsfilosofierna mellan instanserna.

Det kunde inte påvisas direkta påföljder av den integrerade insatsen IDDT, men studien fann att insatsen minskade patienternas missbruk. Kikkert et al. (2018) genomförde en randomized controlled trial (RCT) för att undersöka hur den integrerade insatsen Integrated Dual Diagnosis Treatment (IDDT) påverkade patienter med svår psykisk sjukdom och minst en form av missbruk, i artikeln benämnd som substance use disorder (SUD). Studien rekryterade sex patientgrupper som behandlades enligt Flexible Assertive Community Treatment (FACT). FACT är en version av ACT men som enligt Kikkert et al. (2018) är tillgänglig för större grupper individer i termer av allvarlighetsgraden hos deras symtom. Premissen för studien bestod av följande: efter att ha gjort initiala baslinjebedömningar, implementerades IDDT i två av de sex undersökningsgrupperna. Efter 12 månader infördes sedan IDDT i de andra fyra grupperna och bedömningar gjordes vid 12 månader och 24 månader. Kikkert et al. (2018) fann att patienter behandlade med IDDT uppvisade minskat antal dagar som droger och alkohol brukades efter implementeringen. Detta utfall tillsammans med en självskattning av patienternas fysiska hälsa var det enda som forskarna kunde tillskriva IDDT.

Självskattningen genomfördes med hjälp av Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA) vilket är en enkät med 16 frågor där personer svarar på en skala från 1-7, ju högre poäng desto bättre livskvalitet (Kikkert et al., 2018). Kontrollgruppen som initialt behandlades med FACT för att sedan övergå till IDDT, visade på bättre social funktionalitet, en ökning i självskattad psykisk hälsa och förbättring i den terapeutiska alliansen. IDDT-gruppen visade en minskning från baslinjen i utfallsmåtten självskattad psykisk hälsa och terapeutisk allians. Implementeringen av IDDT visade inte någon effekt i utfall som nykterhetsdagar, psykopatologi, livskvalité eller insikt kring sitt tillstånd (Kikkert et al., 2018). Forskarna hävdar att en av fem patienter de försökte rekrytera till studien tackade nej, vilket de menar kan ha påverkat deras resultat.

Det har inom forskningen framförts att missbruk och psykisk ohälsa är sammankopplade och att de faktorerna påverkar varandra. Lundgren et al. (2014) utgår ifrån ett svenskt perspektiv och har med hjälp av nationella data analyserat integrationen mellan missbruksvården och psykiatri. Urvalet består av 12,833 individer skattade med hjälp av Addiction Severity Index (ASI) från år 2002 och framåt. Lundgrens et al. (2014) analys visar att mellan 2002-2008, har 31,6 procent av urvalsgruppen upplevt depression. Vidare upplevde 44,4 procent ångest; 45,1 procent upplevde problem med minnet och koncentrationen; 5,2 procent hade haft hallucinationer; 10,4 procent hade svårigheter att kontrollera våldsamt beteende; 13,3 procent hade övervägt självmord; 2,1 procent hade gjort självmordsförsök; 7,7 procent hade blivit ordinerade läkemedel för psykiska eller emotionella problem. Datamaterialet visar även att det hos kvinnor var 1,6 gånger mer vanligt förekommande att ha upplevt svåra psykiska problem under de senaste 30 dagarna. Individerna med svåra alkohol- och drogproblem hade större sannolikhet att uppleva svåra psykiska problem, detta gäller även de som bodde i ett eget hem eller hyrt boende. De som hade en minskad sannolikhet avseende svåra psykiska problem var de som var yngre, de som bodde med familj eller vänner samt boende i en institution (Lundgren et al., 2014). Forskarna poängterar att cirka hälften av klienterna visade tecken på psykisk ohälsa vid bedömning av missbruk och 18,6 procent upplevde påtagliga psykiska problem.

Det finns frågor kring integrerade insatsers effektivitet och lämplighet för samsjuka individer. Kikkert et al. (2018) förklarar detta med att flertalet studier som undersökt effektiviteten av integrerade insatser uppvisar osäkra resultat beroende på att inga skillnader mot andra insatser påvisats. En studie av Cleary (2008, refererad i Kikkert et al., 2018, s. 36) jämförde integrerade insatser med traditionell behandling och kunde inte finna några signifikanta skillnader. En annan studie fann att de mest effektiva åtgärderna främst var integrerade insatser. Det poängteras att på grund av motsägande fynd i forskningen är det oklart om integrerade insatser är effektiva i behandlingen av samsjuka individer (Kikkert et al., 2018). Sterling et al. (2011) diskuterar att kontrollerade studier avseende integrerade insatser eller program är få, att de ofta präglas av en liten urvalsstorlek eller innehåller andra metodologiska begränsningar. Lundgren et al. (2014) menar att det finns luckor i forskningen kring fördelarna med ett integrerat system för vård av samsjuka jämfört med hur vården ser ut idag, med mestadels separata system. Det beskrivs att en faktor som kan komplicera implementeringen i Sverige är den otydliga fördelningen av ansvar mellan kommunen och regionen utöver andra faktorer som dålig ekonomi, motstridande behandlingsfilosofier, bristande utbildning av yrkesverksamma samt administrativa utmaningar. Dessa faktorer liknar de som Sterling et al. (2011) hänvisar till i sin studie. Studierna eller forskningen som har använts för att bygga denna forskningsöversikt har en spann på många år, från mitten av 1990-talet till nutid, vilket innebär att det som var sant då kanske inte är sant idag.

Aktuell samhällsdebatt angående samsjuklighet

I Sverige tillsattes under sommaren 2020 den så kallade Samsjuklighetsutredningen, vars uppgift var att ge förslag på hur vård, behandling och stöd kan ges till personer med samsjuklighet. Den 25 november 2021 lämnades förslaget, döpt ”Från delar till helhet”, in till socialministern. I förslaget anses det att samhället är i behov av en reform och en del av syftet med reformen är att säkerställa att personer med samsjuklighet får insatser som är behovsanpassade, personcentrerade och bättre samordnade (Samsjuklighetsutredningen, 2021). Utredningen menar att reformen består av tio bärande delar, däribland så föreslår den att behandling för personer med ”skadligt bruk och beroende” ska tillfalla hälso-och sjukvården. Det föreslås även att samordnad vård och stöd ska finnas tillgängligt överallt och att hälso-och sjukvården och socialtjänsten ska ha ett gemensamt ansvar för detta. Några av förslagen i utredningen tar fasta på otydligheten kring ansvarsfördelningen som diskuterats i annan forskning och litteratur, såsom Lundgren et al. (2014), och genom att reformen ämnar att förändra huvudmannskapet förväntas diverse roller bli tydligare (Samsjuklighetsutredningen, 2021).

RESULTATREDOVISNING

I detta avsnitt presenteras resultatet av de nio artiklar inkluderade i den integrativa forskningsöversikten. Resultatet kommer först framföras i löpande text för att sedan presenteras i en matris med utgångspunkt i studiens frågeställningar och syfte. Först redovisas de specifika komponenterna tillhörande integrerade insatser. Sedan följer effekten av integrerade insatser för samsjuka individer och slutligen hinder och möjlighet för implementeringen av integrerade insatser.

Komponenter inom integrerade insatser

En grundidé bakom integrerade insatser för samsjuka, i form av vård för missbruket och den psykiska ohälsan, är att insatsen och den enskilde individens behov ska tillgodoses av samma vårdgivare eller team av vårdgivare. Morse et al. (2006) lyfter fram att integrerade insatser bör innehålla: (1) aktivt uppsökande för att motivera samsjuka till behandling; (2) motiverande inslag för att gradvis hjälpa individer skapa mål för att uppnå nykterhet; (3) olika stadier av behandling som inkluderar: åtagande, övertygelse, aktiv behandling, återfallsprevention; (4) kognitiv beteendeterapi för att skapa förmågor som hjälper dem bibehålla en nykter livsstil; (5) åtgärder för att stärka individens sociala nätverk. I åtagandefasen innebär det att individen inte alltid har regelbunden kontakt med missbruksvården och individen behöver motiveras för att påbörja behandling. I övertygelsefasen är det särskilt viktigt att individen motiveras att se konsekvenserna missbruket har på dennes liv och motiveras att skapa mål för att uppnå nykterhet (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMSHA], 2009). Morse et al. (2006) skriver även att integrerade insatser bör ha ett långtidsperspektiv som utgångspunkt. Med hänvisning till yrkesverksamma skriver de Crespigny et al. (2015) att yrkesverksamma ser att vården av samsjuka behöver ha ett långsiktigt perspektiv, såsom även uttrycks av Morse et al. (2006). Tid är en viktig aspekt i vården av samsjuka, då det ger de yrkesverksamma möjlighet att bygga tillit och kunna förebygga återfall hos klienterna. En annan viktig beståndsdel i integrerad vård av samsjuka som framförs är tillgängligheten till icke dömande instanser (de Crespigny et al., 2015). De yrkesverksamma framför att när de hänvisar en klient vidare kunde de mötas av motkrav, som om de inte uppfylldes kunde påverka klientens tillgång till sina barn eller möjlighet att få pengar genom välfärden. Det anmärks även att organisationer som är associerade med kyrkan kunde kräva en viss tro från klienterna, vilket uteslöt individer av annan tro eller ingen tro alls. En liknande komponent som föregående, inom

integrerad vård, är enligt yrkesverksamma kulturell känslighet. Bristen på sådan lyhördhet leder till att vården för de samsjuka blir enkel och enformig. De yrkesverksamma uttrycker att de försöker sitt bästa för att ge lika ingående vård till alla, oavsett kultur eller bakgrund (de Crespigny et al., 2015).

En problematik som de yrkesverksamma tog upp var att väntetiden för individer med samsjuklighet som sedan sökte integrerad behandling var för lång. Under tiden tappar ett antal klienter motivationen till behandling då deras komplexa sjukdomsbild ofta är svår att hantera. Det leder även till att klienternas mentala och fysiska hälsa försämrats eftersom många ofta fortsätter att missbruka (de Crespigny et al., 2015). De Crespigny et al. (2015) poängterar att tillit är en viktig beståndsdel i att ge integrerad vård, det är även något som klienterna i Van Wamel, Lempens och Nevens (2021) studie lyfter fram i sina intervjuer. De teman som Van Wamel et al. (2021) kunde identifiera genom sina intervjuer var: tillit och meningsfull relation till behandlarna eller behandlingsteamet; särskilda komponenter i den integrerade insatsen och organisationen av vården. Det första temat, tillit och meningsfull relation, förklarar klienterna på så sätt att behandlingen är en ömsesidig process och att de kände sig sedda av personalen. De särskilda komponenterna forskarna kunde se av Integrated Dual Diagnosis Treatment (IDDT) är att det gav struktur till klienternas vardagliga liv, att det var en integrerad insats för både missbruk- och psykiska problem. Van Wamel et al. (2021) förklarar att några interventioner kopplade till den integrerade insatsen var särskilt hjälpfulla för klienterna. Det nämns att psykopedagogik gav klienterna mer kunskap och förståelse över sin situation. Vidare poängterar Van Wamel et al. (2021) att den integrerade insatsen IDDT består av uppsökande arbete, motivationsarbete, stegvis behandling och medicinsk behandling. Flera av dessa beståndsdelar liknar dem som Morse et al. (2006) anför i sin studie.

En faktor som Essock et al. (2006) hänvisar till är att ACT utnyttjar ett mindre antal personal i jämförelse med standard case management, förhållandet var 1:10–15 mot 1:25. Andra faktorer som framkommer är: att klienterna även kunde ta del av direkt service från teamet istället för att söka sig till en mottagning; delat ansvar för läkare i ärenden; det finns någon ansvarig dygnet runt; klienter slussas inte vidare. Särskilda komponenter som Essock et al. (2006) kunde identifiera i den integrerade insatsen är: direkt missbruksbehandling från teamet, användandet av en modell med stegvis behandling för individer med dubbla diagnoser, särskilda behandlingsgrupper för samsjuka och ett särskilt team med fokus på just samsjuklighet. Något som flera forskare är överens om är att integrerade insatser är en samlad insats som bör behandla både missbruk och psykisk ohälsa (Essock et al., 2006; Van Wamel et al., 2021; Morse et al., 2006). Resultatet av denna samlade insats mot missbruk och psykisk ohälsa menar Van Wamel et al. (2021) var att klienterna gynnades av att kunna vara i regelbunden kontakt med diverse medlemmarna i det multidisciplinära teamet. Det var även gynnsamt att det var en hög behandlingsintensitet samt att det var lätt att komma i kontakt med teammedlemmarna. Det framförs av de Crespigny et al. (2015) att bristen på utbildad personal påverkar gruppmoralen inom personalen och de samsjukas vård. Personal som inte har korrekt utbildning anställdes vilket kunde leda till en ökad risk för skador och bristfällig omsorg om klienterna. Det framkommer i Essock et al. (2006) att integrerade insatser ofta innehåller uppsökande beståndsdelar samt att integrerade insatser ofta undviker ett konfronterande tillvägagångssätt till förmån för ett motiverande sådant.

Sammantaget kan komponenter inom integrerade insatser bestå av större och mindre delar. Det kan vara faktorer kopplade till organisationen och dess struktur, det kan även vara

faktorer kopplade de yrkesverksamma och de samsjuka själva. De särskilda komponenterna kan sammanfattas med motivering av klienter, uppsökande arbete och målsättning för att klienten ska uppnå nykterhet. Organisatoriska faktorer kan kopplas till bristen på korrekt utbildad personal vilket kan påverka vården de samsjuka får. Bristen på icke dömande instanser kan även ha påverkat klienternas vilja att söka hjälp. Det som framstår som viktigt är att personalen anstränger sig för att erbjuda vård på ett integrerat sätt och att processen får ta tid. Tid är viktigt för att klienterna och behandlarna ska kunna bygga en relation och känna tillit till varandra. Tillit mellan klienterna och behandlarna är särskilt viktigt då klienterna gynnas av att ha regelbunden kontakt med medlemmarna i det multidisciplinära teamet.

Tabell 1. Matris över inkluderade studier gällande komponenter för integrerade insatser

Studie	Design	Population	Urval	Syfte	Analysmetod	Komponenter
Morse et al. (2006)	Empirisk studie, randomiserad kontrollerad studie. Studien följde patienterna under 24 månader.	Hemlösa personer med psykisk ohälsa och missbruk/beroende, USA	149 individer med samsjuklighet	Att undersöka kostnader och effekten av tre behandlingsprogram för personer med samsjuklighet (Integrated Assertive Community Treatment (IACT), Assertive Community Treatment Only (ACTO) och standard vård som kontroll	Variansanalys (ANOVA) chi square test	Uppsökande, motivering, olika stadier av behandling, kunskap för att behålla en nykter livsstil och åtgärder för att stärka individens sociala nätverk, samma team av vårdgivare, långsiktigt perspektiv, erbjuda både psykiatrisk- och missbruksbehandling
de Crespigny et al. (2015)	Kvalitativ studie	Sjuksköterskor, socialarbetare och chefer som arbetar på statliga psykisk hälsa- och missbruksprogram, Australien	20 yrkesverksamma med erfarenhet av arbete med samsjuka individer	Att undersöka yrkesverksammans kunskap, upplevelser och åsikter om vård och behandling av samsjuka personer	Tematisk analys	Tid för att bygga tillit mellan klient och vårdare, icke-dömande instanser, tillgång till behandling inom rimlig tid, adekvat utbildning av yrkesverksamma,
Van Wamel et al. (2021)	Kvalitativ studie	Klienter med samsjuklighet som behandlas med integrerade insatser, Nederländerna	16 klienter som genomgick behandling med integrerade insatser	Att undersöka klienters upplevelse av integrerade insatser, specifikt Integrated Dual Diagnosis Treatment (IDDT)	Tematisk analys	Tillit och bra relation till behandlarna, struktur i klienternas dagliga liv, integrationen av missbruks och psykiatrin, kontinuitet i vården, individuell vård, kontroll hos klienterna
Essock et al. (2006)	Klinisk prövning, Randomiserad kontrollerad studie. Studien pågick under en 3-års period med regelbundna mätningar.	Personer med svår psykisk sjukdom; aktivt missbruk; sjukhusinläggningar; hemlösa eller i ostabil boendesituation; låg självständighet; inga pågående brottmisstankar samt ingen medicinsk diagnos eller funktionsnedsättning som skulle innebära att personen inte kan delta. USA	198 personer med samsjuklighet i psykisk ohälsa och missbruk/beroende	Att jämföra två modeller av samhällsbaserad case management: Assertive Community Treatment (ACT) och Standard Case management (SCM)	Statistisk analys; Variansanalys, chi square test, blandad effektmodell linjär regression, Mann-Whitney U	ACT-insatsen har en mindre mängd personal kopplad till klienten än SCM (förhållande ligger mellan 1:10–15 för ACT och 1:25 för SCM), direkt service, delat ansvar, det finns en ansvarig dygnet runt, direkt missbruksbehandling från teamet, en modell för stegvis behandling för dubbla diagnoser, Behandlingsgrupper för klienter med samsjuklighet, dedikerat team, uppsökande, interventioner för motivation

Effekten av integrerade insatser

Den samlade information som artiklarna gav framstod som delad. Den insats som främst undersöktes var ACT, som ofta jämfördes med case management. ACT är enligt Socialstyrelsen (2019b) en mer intensiv form av case management. Det utfallsmått som varierade mest var psykisk hälsa. Cooper et al. (2010) menar att versionen av ACT, Integrated Assertive Community Treatment (IACT), minskade klienternas psykiska symtom vid den första uppföljningen vid 6 månader, vilket sedan fortsatte vid 12 månaders-uppföljningen. Cooper et al. (2010, s. 162) redovisar exempelvis att standardavvikelsen för ångest vid baslinjen var 1,05, för att vid 6 månader visa 1,03 för att till sist 12 månader resultera i 0,97. Det som även är värt att notera, trots att det inte är del av föreliggande studies särskilda utfallsmått, är att det klargörs att studien fann ett signifikant minskat användande av psykiatrisk vård. Öppenvårdsbesök relaterat till psykisk ohälsa minskade likaså. Studien kunde inte finna signifikans i det minskade antalet besök till akutvården, öppenvård eller slutenvård anseende fysisk hälsa. Cooper et al. (2010) fann att klienterna hade en ökad tillgänglighet till permanenta boendesituationer efter deltagande i den integrerade insatsen. Det var cirka 70 procent av klienterna som efter 12 månader inom programmet hade ett eget boende eller var boende hos någon bekant. Detta är en ökning från 33,5 procent vid baslinjebedömningen. Studien fann även ett minskat antal som bodde på härbärgen eller var hemlösa, från 11 procent till 7 procent.

Det redovisas att både missbruket och återfallsfrekvensen minskade, vid 6 respektive 12 månaders uppföljningen. Cooper et al. (2010) menar att 56 procent av klienterna som deltog i studien och tidigare använt illegala droger, var nyktra vid 6- och 12 månader. I övrigt visade studien positiva trender genom alla missbrukskategorier (alkohol, marijuana, kokain och illegala droger). Ett t-test visade att den mest signifikanta förbättringen avseende alkoholanvändning skedde mellan baslinjen och 6 månaders-uppföljningen. Det förekommer en diskussion om tid, likt det Cooper et al. (2010) beskriver om förbättringar mellan uppföljningstidpunkterna, i Drake et al. (1998). I Drake et al. (1998) beskrivs det att genom att analysera de olika undersökningsgrupperna (Standard Case Management [SCM] och Assertive Community Treatment [ACT]) över tid, framkom det att ACT visade mer förbättring i olika skalor vars syfte är att mäta graden av klienternas missbruk samt vilket stadie av tillnyktring klienterna befinner sig i. Ett exempel på sådana skalor är exempelvis Alcohol Use Scale (AUS), Drug Use Scale (DUS) och Substance Abuse Use Treatment Scale (SATS). Det framkom att ACT visade mer förbättring i skalorna AUS och SATS, analyserat över tid. Denna upptäckt bör dock tolkas kritiskt då Drake et al. (1998) hänvisar till att patienterna som tillhörde ACT-gruppen startade studieprojektet med mer svårt missbruk. Det redovisas att 43,2 procent av patienter med alkoholmissbruk behandlade med ACT i studien uppnådde nykterhet, jämfört med 50 procent av patienterna tillhörande SCM. För patienter med drogmissbruk uppnådde 43,2 procent av patienterna i ACT nykterhet och 35 procent av SCM. Det kan till viss grad jämföras med de 56 procent som uppnådde nykterhet i Cooper et al. (2010), även om Coopers studie var baserad på en kortare tidsintervall. Drake et al. (1998) redovisar att patienterna upplevde ett ökat antal dagar boende i en stabil boendesituation men kunde inte finna någon skillnad mellan patienterna behandlade med ACT eller SCM. En liknande situationen föreligger gällande psykisk hälsa, där patienterna visade förbättring i deras psykiska symtom men det kunde inte påvisas någon märkbar skillnad mellan behandlingsgrupperna. De utfallsmått som studien gjord av Drake et al. (1998) kunde påvisa skillnad i var missbruk och livskvalité, där ACT-gruppen visade signifikant skillnad över tid. ACT-gruppen visade dock enbart bättre resultat i två av sex områden gällande generell livskvalité.

I studien av Morse et al. (2006) jämförs två olika versioner av ACT, Integrated Assertive Community Treatment (IACT), Assertive Community Treatment Only (ACTO) med standard vård som kontrollgrupp. Studien redovisar i utfallsmåttet för missbruk att de inte fanns någon skillnad mellan behandlingsgrupperna, dock visade resultaten att svårighetsgraden av missbruket sjönk över tid. Analyser gjorda över tid visade även att klienterna använde alkohol eller droger mer sällan. Sammantaget visar studiens post hoc (eftertest) analyser att den främsta skillnaden i klienternas missbruk inträffade under de första 6 månaderna av projektet (Morse et al., 2006). Presentationen av utfallsmåttet för psykisk hälsa liknar den för missbruk, det fanns ingen signifikant skillnad mellan behandlingsgrupperna men likväl kunde en effekt över tid observeras. Genom projektets gång upplevde klienterna en minskning av deras psykiska symptom, vilket skedde under de första 6 månaderna. Det är först i utfallsmåttet för boendesituation eller stabilt boende som det fanns signifikanta skillnader. Här visade IACT och ACTO en signifikant förbättring jämfört med kontrollgruppen, där de deltagare som behandlats med IACT och ACTO hade fler dagar i stabilt boende. Forskarna kunde inte utläsa en statistisk signifikant skillnad mellan ACTO och IACT (Morse et al., 2006). I post hoc analyserna beskriver Morse et al. (2006) att mellan varje tidsperiod förelåg en statistiskt signifikant ökning av antalet dagar spenderade i stabilt boende mellan tidsperioderna förutom de två sista i projektet. Post hoc analyserna framhäver även att mellan behandlingsgrupperna hade ACTO signifikant mer kontakt med sina klienter än både IACT och kontrollgruppen. IACT hade i sin tur även mer kontakt än kontrollgruppen. De integrerade insatserna hade, menar Morse et al. (2006), mer missbruksbehandlingskontakt än kontrollgruppen.

Två olika typer av case management, ACT och SCM, jämfördes i en studie för att undersöka den mest effektiva metoden för att behandla samsjuka. I samma anda som Drake et al. (1998) diskuterar tidsaspekten i sin studie, poängterar Essock et al. (2006) att ACT-gruppen generellt visade en snabbare förbättringstakt än SCM men som sedan stannade av. Efter insatserna pågått en viss tid visade SCM-gruppen en stabil förbättring och vid tidpunkten för projektets slut hade de hamnat på liknande nivåer. Resultatredovisningen av Essock et al. (2006) visar på att för personer med alkoholmissbruk så hade ACT-gruppen till en början en förbättring som sedan dalade medan SCM behöll en stadig förbättring. För personer med drogmissbruk fanns det inte några skillnader mellan grupperna, alla minskade antalet dagar då klienterna använde droger med cirka en tredjedel enligt Essock et al. (2006). Vid projektets slut, efter tre år, hade en tredjedel av deltagarna i studien uppnått nykterhet. En del av studiens design var att deltagarna var indelade i dels behandlingsprogrammet (ACT eller SCM) och dels i läger 1 eller 2. Studiens deltagare delades alltså in i olika läger, läger 1 eller läger 2. I dessa läger delades deltagarna upp ytterligare, i behandlingsprogram ACT eller SCM. Alltså fanns en grupp med ACT och en med SCM på respektive lägerplats. På läger 2 visade sig en signifikant skillnad mellan grupper avseende boendesituation, SCM-gruppen hade fler dagar inlagda på sjukhus och fler dagar på institution eller fängelse än ACT. Vistelse på institution, sjukhus eller fängelse tillhör utfallsmåttet boendesituation. I läger 1 fanns inte någon sådan signifikant skillnad, för antingen sjukhusdagar eller dagar placerad på en institution. SCM-grupperna på båda läger visade på en ökad risk av bli institutionaliserad menar Essock et al. (2006), medan ACT-grupperna hade en mindre påtaglig risk. Dagar som spenderades i stabilt boende var jämn mellan grupperna. I utfallsmåttet för psykisk hälsa redovisas det att båda grupperna förbättrade sina psykiska symptom och det återfanns ingen distinktion mellan grupperna.

Det har gjorts försök att kombinera integrerade insatser. I studien författad av Young et al. (2014) undersöktes effektiviteten av ett ACT-team som vårdade samsjuka personer integrerat baserat på IDDT principer. Dessa principer utgår från ett empatiskt och proaktivt förhållningssätt där bland annat kontinuerlig vård och engagemang från närstående värdesätts. Deltagarna genomgick en bedömning vid projektets start och sedan igen vid 6 månader. Studiens resultat visade att insatsen inte hade några påtagliga förändringar gällande individernas missbruk, vid den första bedömningen rapporterade 41,2 procent att de hade använt alkohol den senaste månaden och vid uppföljning var denna siffra 43,1 procent. Antalet dagar deltagarna konsumerat alkohol var också i linje med vad antalet var vid baslinje. Det återfanns ingen statistisk signifikans i antalet dagar deltagarna använde droger mellan baslinje och uppföljning. Andelen med drogmissbruk var vid baslinjen 28,0 procent för att sedan vid uppföljning vara 19,6 procent (Young et al., 2014). För deltagarnas psykiska hälsa fann Young et al. (2014) att de visade en förbättring i deras symtom. Det återfanns statistiska signifikanser i skalor för depression, ångest och andra psykologiska funktioner som självkänsla. Det framgår att antalet dagar som deltagare upplevde depression och ångest minskade. Vid baslinje var antalet dagar för upplevd depression de senaste 30 dagarna 13,9 dagar vilket vid uppföljning reducerats till 8,6 dagar. I utfallsmåttet för stabilt boende kunde författarna se en märkbar förändring i antalet deltagare som vid uppföljning bodde i ett stabilt boende, 39,2 procent jämfört med 17,6 procent vid baslinje. Det kunde även utläsas en minskning i antalet deltagare som klassades som hemlösa vid 6 månaders uppföljningen jämfört med vid baslinje, 37,3 procent mot tidigare 56,9 procent. I övrigt rapporterar Young et al. (2014) att 78,4 procent av studiens deltagare var nöjda med insatsen.

Tabell 2. *Matris över inkluderade studier gällande effekter av integrerade insatser*

Studie	Design	Population	Urval	Syfte	Analysmetod	Utfallsmått	Utfall
Drake et al. (1998)	Randomiserad kontrollerad studie. Klinisk prövning under 3 år.	Personer med psykisk ohälsa och missbruk/beroende, USA	203 patienter med samsjuklighet	Att jämföra effektiviteten av insatsen Assertive Community Treatment (ACT) mot Case management (CM). En patientgrupp behandlades med ACT och den andra med CM för att sedan jämföra resultaten av behandlingen.	Statistisk analys (t-test, chi-square test)	Alkohol-och droganvändning, psykisk hälsa, boendesituation, nykterhet	Patienterna som behandlades med ACT visade förbättring i sitt missbruk och generell livskvalité. Det fanns ingen skillnad mellan ACT och SCM när det gällde psykisk hälsa, nykterhet eller stabil boendesituation. Patienter behandlade med integrerade insatser och standard CM visade dock förbättring i upprätthållandet av behandlingen.
Morse et al. (2006)	Randomiserad kontrollerad studie. Studien följde patienterna under 24 månader.	Hemlösa personer med psykisk ohälsa och missbruk/beroende, USA	149 individer med samsjuklighet	Att undersöka kostnader och effekten av tre behandlingsprogram för personer med samsjuklighet (Integrated Assertive Community Treatment (IACT), Assertive Community Treatment Only (ACTO) och standard vård som kontroll	Variansanalys (ANOVA) chi square test	Tillfredsställelse, boendesituation, droganvändning, psykiska hälsa och behandling genomförande	Integrerade insatser hade bättre effekt på klienterna i vissa av utfallsmåtten (tillfredsställelse, boendesituation). De integrerade insatser visade dock inte bättre effekt för klienternas psykisk hälsa. De klienter som behandlades med IACT och ACTO hade signifikant fler dagar i stabilt boende än kontrollgruppen. Klienterna visade en reduktion av drog-och alkoholanvändning under de första 6 månaderna men det fanns ingen skillnad mellan behandlingsprogrammen.

Essock et al. (2006)	Klinisk prövning, Randomiserad kontrollerad studie. Studien pågick under en 3-års period med regelbundna mätningar.	Personer med svår psykisk sjukdom; aktivt missbruk; sjukhusinläggningar; hemlösa eller i ostabil boendesituation; låg självständighet; inga pågående brottsmisstankar samt ingen medicinsk diagnos eller funktionsnedsättning som skulle innebära att personen inte kan delta. USA	198 personer med samsjuklighet i psykisk ohälsa och missbruk/beroende	Att jämföra två modeller av samhällsbaserad case management: Assertive Community Treatment (ACT) och Standard Case management (SCM)	Statistisk analys; Variansanalys, chi square test, blandad effektmodell linjär regression, Mann-Whitney U	Demografiska mått, generell livskvalité, drog eller alkoholanvändning, psykisk hälsa, boendesituation, dagar spenderade på en institution (sjukhus, fängelse)	Båda behandlingsgrupperna upplevde förbättring i psykisk hälsa och generell livskvalité men det fanns ingen skillnad mellan behandlingsprogrammen. Grupperna (både ACT och SCM) upplevde minskad drog- eller alkoholanvändning. Det kunde inte påvisas någon större skillnad mellan grupperna för stabilt boende. Patienterna som behandlades med ACT visade minskad risk att vistats på sjukhus eller fängelse.
Cooper et al. 2010)	Single-group design. Bedömningar gjordes kontinuerligt vid intagning, 6 månader och 12 månader.	Personer med samsjuklighet inskrivna i ett behandlingsprogram, USA	555 individer inskrivna i programmet dock var det verkliga antalet deltagande varierande genom studies längd.	Att undersöka och utvärdera effektiviteten av IACT för personer med samsjuklighet	Deskriptiv analys, ANOVA, chi square test	Missbruk, psykisk hälsa, boendestatus, användning av service (behandlingsprogram, akutvård, öppenvård och slutenvård)	Vid den första uppföljningspunkten visade klienterna signifikant minskning i psykiatriska symptom som sedan hölls sig till nästa uppföljning. Klienter visade förbättrad boendesituation. Klienterna förbättrade sitt missbruk och hade minskat antal återfall.
Young et al. (2014)	Icke randomiserad studie. Bedömning vid intagning och 6 månader.	Personer med samsjuklighet, USA	60 individer vid intagning men enbart 51 genomförde uppföljningen vid 6 månader	Att undersöka effekten av ACT med principer från IDDT på samsjuka individer	Statistisk analys, deskriptiv analys, cronbach's alpha, t-test, chi square test	Boendesituation, missbruk, psykisk hälsa, behandlingstillfredsställelse	Klienterna visade förbättrad boendesituation och förbättring i deras psykiska hälsa. Studien kunde inte se signifikant förbättring i klienternas missbruk.

Hinder och möjligheter för implementering

Integrerade insatser har framförts som den ideala metoden att behandla personer med samsjuklighet i missbruk och psykisk ohälsa. De gemensamma faktorer som artiklarna i detta avsnitt har uppmärksammat är: brist på kunskap eller utbildning och ekonomiska resurser. Sedan återfinns olika variationer av faktorer såsom utbildad personal och separationen av vårdsystemen (mellan psykiatri och missbruksvård). Essock et al. (2006) menar att integrerade insatser är en viktig beståndsdel i vården av samsjuka och att insatser som ACT och case management har påvisat effekt för målgruppen. Någon av dessa integrerade insatser bör erbjudas, vilken är oväsentlig menar Essock et al. (2006) då den insats som är billigast bör vara första valet. Det är en del av implementeringen att fastställa kostnaden då, i en amerikansk kontext, det är viktigt för personer som styr organisationerna att veta hur de bäst investerar sina pengar. Todd, Sellman och Robertson (2002) förmedlar att det uttrycktes en oro i deras fokusgrupper att en ny tjänst dedikerad till att kunna vårda och stötta samsjuka bättre snabbt skulle bli överbelastad. Skapandet av en ny tjänst kan även kopplas till en annan faktor som diskuteras i fokusgruppen, att det systemet de arbetar i nu inte är anpassat för utförandet av insatser av sådan kaliber. Todd, Sellman och Robertson (2002) beskriver att det uppdelade systemet av vården skapar problem, det leder till att det inte finns adekvat kontinuerlig vård samt att miljön där klienter blir skickade mellan insatser inte är ideal för integrerade insatser. En av de större faktorerna som hindrar implementeringen är bristen på kunskap och utbildad personal. Det kunde exempelvis vara organisationens begränsningar, såsom tidsbrist, brist på pengar eller bristande samverkan mellan verksamheter, som gjorde att personalen inte hade möjlighet att utbilda sig eller delta i träningsmoment (Todd, Sellman & Robertson, 2002; de Crespigny et al., 2015). Pengar är även en faktor som inte går att bortse ifrån, vilket kan tänkas påverka organisationens möjligheter för vilka utbildningsmöjligheter det finns för personalen och vilka insatser som kan erbjudas. De Crespigny et al. (2015) menar att i Australien beror klyftan mellan psykiatri och missbruksvården på olika statliga bidrag, olika behandlingsfilosofier och arbetsmodeller. Det anförs i McGovern et al. (2006) att de i en chefsposition är mer medvetna om de ekonomiska utmaningarna. Tidigare forskning stödjer idén att samsjuka gynnas av en integrerad modell, där vården ges samtidigt och inte parallellt eller sekventiellt (Torrens et al., 2012). Två separata system är en av de största bidragande faktorerna till att implementeringen av integrerade insatser går långsamt.

McGovern et al. (2006) menar att utbildning och träning för att bemöta samsjuklighet med fokus på individer som har dubbla diagnoser är något som efterfrågas tillsammans med generellt utbildad personal och resurser. Studien framför även att de som tillhandahåller missbruksbehandling är villiga att erbjuda vård till samsjuka men att det kräver resurser och adekvat utbildning. Frågan om just personal, utbildning och kunskap är det flera studier som framför och vilka effekter det får i vården av samsjuka. Det diskuteras särskilt i de Crespigny et al. (2015) där bristen på utbildad personal kunde leda till att klienter uppträdde aggressivt. En annan faktor relaterat till personal är klienters upplevelse av stigma och skam från personal, vårdutövare och andra. Det förklaras av de Crespigny et al. (2015) att de samsjuka individerna blev nedprioriterade när de sökte hjälp och de kunde även uppleva en avsaknad av intresse från vårdpersonal. De Crespigny et al. (2015) menar att de som arbetar inom missbruksvården och psykiatri hämmas av att inte veta vad de kan erbjuda sina klienter, detta på grund av exempelvis problem på strukturnivå, såsom dålig ekonomi eller bristande samverkan mellan psykiatri och missbruksvården eller brist på adekvat utbildning. Bristen på utbildning eller träning för att bemöta individer med samsjuklighet har stor påverkan på yrkesverksamma då de upplever att de endast kan erbjuda grundläggande vård till sina

klinter vilket begränsar möjligheterna till effektiv samsjuklighetsbehandling (de Crespigny et al., 2015). Mer flexibilitet mellan team, sektorer och verksamheter som kan erbjuda vård till samsjuka efterfrågas av de Crespigny et al. (2015) samtidigt som de även förespråkar uppsökande verksamheter.

Programtrohet framställs som en viktig faktor för om implementeringen av en integrerad insats är framgångsrik eller inte. Det hänvisas i Morse et al. (2006) till frågor om programtroheten, då det upptäcktes en viss förvirring i behandlingsutförandet. För att kunna påvisa effekt är det viktigt att andra faktorer inte påverkat resultatet och att effekten kan hänvisas till rätt faktor. Då IACT och ACTO är versioner av ACT och baserade på samma grundprinciper, behandlades några av deltagarna med fel version av ACT. Förvirringen i behandlingsutförandet kan ha lett till att faktorer såsom fel behandlingsprincip påverkat resultatet. Effekten kan delvis påverkas av de som är ansvariga för att tillhandahålla behandlingen gör misstag och genom att kontinuerligt utvärdera programtroheten kan problem längre fram undvikas. Något som Morse et al. (2006) förespråkar är att inklusionen av en dedikerad missbruksrådgivare skulle gynna integrerade insatser, då behandling direkt från det multidisciplinära teamet är en stor del av integrerade insatser. Morse et al. (2006) menar även att integrerade insatser bör kombineras med andra interventioner för att nå snabbare resultat.

Bland de hinder som beskrivits finns det också möjligheter. Det framförs i McGovern et al. (2006) att vårdgivarna är villiga att erbjuda vård till samsjuka men att det krävs en del yttre krafter för att det ska fungera på ett bra sätt. Möjligheterna i artiklarna inkluderade avseende hinder och möjligheter för implementering är inte alltid skrivna i klartext, men i de hinder som beskrivits finns även möjligheter. En konkret möjlighet som framfördes av Morse et al. (2006) är att kombinera integrerade insatser för att försöka uppnå effekter snabbare. Det framförs även i de Crespigny et al. (2015) att ökade möjligheter för utbildning och träning för bemöta individer med samsjuklighet samt en ökad flexibilitet mellan olika instanser skulle vara gynnsamt.

Tabell 3. Matris över inkluderade studier gällande hinder och möjligheter för implementering

Studie	Design	Population	Urval	Syfte	Analysmetod	Hinder och möjligheter
Todd, Sellman & Robertson (2002)	Kvalitativ, fokusgrupp intervjuer	Individer med samsjuklighet, vårdgivare, närstående till klienter, Nya Zeeland	261 deltagare med erfarenhet inom missbruksvården och psykiatri	Att identifiera hinder för implementering av missbruksvården och psykiatri, samt att få perspektiv på vad eventuella riktlinjer ska innehålla	Tematisk analys	Organisatoriska begränsningar, brist på utbildad personal och kunskap, inställning, uppdelad vård.
McGovern et al. (2006)	Tvårsnittstudie	Vårdutövare i form av chefer, klinisk tillsynsman och läkare, USA	453 deltagare arbetande inom vården	Att undersöka hur samsjukas diagnoser inom missbruksvården, vilken vård det till finns för samsjuka, vilka hinder finns det för att ge adekvat vård till samsjuka samt varierar uppfattningen inom de olika yrkesområdena	Statistisk analys	Personalfrågor, ekonomiska faktorer, utbildning, information
Essock et al. (2006)	Klinisk prövning, Randomiserad kontrollerad studie. Studien pågick under en 3-års period med regelbundna mätningar.	Personer med svår psykisk sjukdom; aktivt missbruk; sjukhusinläggningar; hemlösa eller i ostabil boendesituation; låg självständighet; inga pågående brottsmisstankar samt ingen medicinsk diagnos eller funktionsnedsättning som skulle innebära att personen inte kan delta. USA	198 personer med samsjuklighet i psykisk ohälsa och missbruk/beroende	Att jämföra två modeller av samhällsbaserad case management: Assertive Community Treatment (ACT) och Standard Case management (SCM)	Statistisk analys; Variansanalys, chi square test, blandad effektmodell linjär regression, Mann-Whitney U	Ekonomiska faktorer, utbildad personal, löpande övervakning
Morse et al. (2006)	Randomiserad kontrollerad studie. Studien följde patienterna under 24 månader.	Hemlösa personer med psykisk ohälsa och missbruk/beroende, USA	149 individer med samsjuklighet	Att undersöka kostnader och effekten av tre behandlingsprogram för personer med samsjuklighet (Integrated Assertive Community Treatment (IACT), Assertive Community Treatment Only (ACTO) och standard vård som kontroll	Variansanalys (ANOVA) chi square test	Ekonomiska faktorer, programtrohet. Möjligheter kan finnas genom att kombinera integrerade insatser med andra interventioner, integrerade team bör ha en rådgivare inriktad mot missbruk
De Crespigny et al. (2015)	Kvalitativ studie	Sjuksköterskor, socialarbetare och chefer som arbetar på statliga psykisk hälsa- och missbruksprogram, Australien	20 yrkesverksamma med erfarenhet av arbete med samsjuka individer	Att undersöka yrkesverksammans kunskap, upplevelser och åsikter om vård och behandling av samsjuka personer	Tematisk analys	Ekonomiska faktorer, behandlingsfilosofier, brist på kunskap, stigma, utbildning, strukturella brister, separata system. De föreslår att flexibilitet

						mellan team, sektorer och verksamheter, införa utbildning och träning för yrkesverksamma
--	--	--	--	--	--	--

DISKUSSION OCH ANALYS

I detta avsnitt kommer de tre huvudsakliga frågorna diskuteras och analyseras: (1) särskilda komponenter inom integrerade insatser; (2) effekter av integrerade insatser för samsjuka individer samt (3) hinder och möjligheter som påverkar implementeringen av integrerade insatser. Studiens styrkor och svagheter samt reliabilitet och validitet kommer även diskuteras här.

Sammanfattning

Studiens syfte var att undersöka integrerade insatser riktade mot personer med samsjuklighet i form av missbruk och psykisk ohälsa. Dataunderlaget i de inkluderade artiklarna för föreliggande studie är övergripande internationellt med inslag av ett svenskt sammanhang.

Sammanfattningsvis visar studien att tid är en viktig komponent inom integrerade insatser, för att bygga en relation mellan klient och behandlare samt att långsiktigt kunna ge samsjuka den behandling de behöver. I artiklarna förespråkades ett integrerat tillvägagångssätt för samsjuka, där deras tillstånd behandlas samtidigt. En annan aspekt som poängterades var vikten av att den integrerade insatsen ska ges av ett och samma team, att det ska vara ett dedikerat team som tillhandahåller all behandling de samsjuka behöver. Motivation, uppsökande arbete och att klienterna skapar en målsättning för hur de ska nå nykterhet är viktiga komponenter i integrerade insatser. Effekterna av integrerade insatser är blandade. I ett antal av de inkluderade studierna kunde det påvisas att insatserna hade positiv effekt på den samsjuka målgruppen. De utfallsmått som fokuserades särskilt på i denna studie var *psykisk ohälsa*, *reducering av missbruk* och *stabil boendesituation*. En reducereing av personernas missbruk kunde återfinnas i fyra av fem studier inkluderade i resultatavsnittet avseende effekter av integrerade insatser. Den femte studien kunde inte påvisa en signifikant förbättring även om materialet kunde se en liten skillnad från baslinjen. Alla inkluderade effektstudier visade en förbättring av deltagarnas psykiska hälsa. Det benämndes ofta i artiklarna att förändringar kunde ses i deltagarnas symtombild. De integrerade insatserna visade god effekt på deltagarnas boendesituation, uttryckt genom antal dagar spenderade i stabilt boende men även ett minskat antal dagar spenderade på sjukhus, fängelse eller institution. Implementeringen hindras av bland annat brist på ekonomiska resurser, brist på kunskap och utbildning hos yrkesverksamma och att vårdsystemen är separata. Det finns intresse för att behandla samsjuka integrerat, alltså samordnad missbruksvård och psykiatrisk vård. Det finns möjligheter för organisationerna att implementera integrerade insatser om det finns politiskt intresse samt om de yrkesverksamma är positivt inställda till förändringen.

Analys

På ett praktiskt plan är både samverkan och implementeringsarbete av exempelvis behandlingsinsatser komplicerat att genomföra. Det har genom studien poängterats att vården av samsjuka personer ställer stora krav på organisationer och samverkan där mellan. Den gemensamma målsättningen som karaktäriserar en organisation är en särskilt viktig del inom begreppet samverkan ("Organisation", u.å.). Svensson, Johnsson och Laanemets (2008) förklarar begreppet organisation med hjälp av Max Webers klassiska definition: organisationen är en samling individer som i olika hierarkiska formationer strävar efter effektivitet. Med den definitionen som bakgrund och den forskning som presenterats genom denna litteraturstudie kan det ifrågasättas hur organisationen är mest effektiv i vården av samsjuka. Det kan tolkas att det i forskningsvärlden och i denna studies inkluderade artiklar finns stöd för att en integrerad modell är den mest effektiva. Vidare kan det diskuteras hur effektiviteten skulle mätas, är det genom antalet samsjuka individer som genom integrerad behandling uppnår nykterhet och ett förbättrat psykiskt tillstånd eller genom mängden

resurser i form av personal, pengar och tid som går åt? En integrerad modell skulle även kunna tänkas underlätta samverkan mellan missbruksvården och psykiatri. Vidare för att underlätta, eller styra, samverkan mellan myndigheter eller organisationer finns det särskilda delar inskrivna i lagtexten, exempelvis Socialtjänstlagen (SFS 2001:453) 2 kap. 7 §. Implementeringen är beroende av organisationen, hur den är strukturerad och vilket utrymme som finns att förändra. CEPI (2015) menar att en integrerad verksamhet mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården skulle innebära en verksamhet med en gemensam organisering från de två huvudmännen. Ett exempel på en sådan skulle kunna vara en beroendemottagning, där kommunen och regionen gemensamt finansierar projektet. Det kan tänkas att integrerade verksamheter är ett bra sätt att kunna komma över det hinder ansvarsfördelningen ofta innebär. Det skulle då vara en gemensam organisation där mer betoning kan läggas på det som är målsättningen för gruppen. En sådan integrerad verksamhet skulle kunna innebära att behovet av samverkan minskar (CEPI, 2015). Ett minskat krav på samverkan från organisationernas sida skulle kunna gynna samsjuka, då bristande samverkan mellan verksamheter är ett av de hinder som samsjuka individer möter. Organisatoriska begränsningar kunde identifieras genom olika faktorer, exempelvis organisationens struktur, organisationens mål kontra klienternas behov eller frågan om personalens utbildning. De Crespigny et al. (2015) poängterar att de yrkesverksamma ville göra sitt bästa för klienterna men att de begränsades av organisationen de arbetade inom. Det kan kopplas till den teoretiska diskussionen kring en organisation som fördes tidigare i denna studie. En organisation ska enligt Svensson, Johnsson och Laanemets (2008), förena och tillgodose klientens behov och statens intressen. I ett uppdelat system, där missbruk och psykiatri behandlas separat, är de yrkesverksamma knutna till vad den enskilda organisationens målsättning är. Yrkesverksamma inom exempelvis missbruksvården kan tänkas göra allt de kan för klienten inom de ramar och lagar deras organisation verkar under. Socialarbetare är bundna till vad lagstiftningen och de organisatoriska ramarna säger i den verksamhet de arbetar i. Men som tidigare anförts i denna studie, behöver samsjuka vård och stöd från flera verksamheter och det är i dessa situationer samverkan kommer in. Verksamheterna är juridiskt skyldiga att samverka för individens bästa men samverkan fungerar inte alltid som den ska.

Så, vilken effekt får bristande samverkan på möjligheten att *implementera* en metod som ska fungera både inom och mellan missbruksvården och psykiatri. Som tidigare anförts, är det komplicerat att implementera en metod eller insats i en organisation. Samverkan ställer krav på organisationerna, vem ska ha ansvar för vad och vem ska göra vad? Det diskuterades i Lundgren et al. (2014) att alternativt kan missbruksvården och psykiatri sammanfogas till ett multidisciplinärt team eller så skapas ett nytt system där problematiken behandlas som ett. Det kan tänkas att en sådan lösning är enkel och löser problemet som implementeringen stod inför, det delade systemet för vård, men det vore logiskt att anta att en sådan ändring kräver resurser. För att etablera en verksamhet eller organisation där samsjuklighetsproblematiken behandlas som ett skulle det kräva en omstrukturering och en ändring i lagstiftningen. I lagstiftningen skulle en ändring eller ett tillägg behövas där regelverket för en integrerad verksamhet, såsom exempelvis den gemensamma beroendemottagningen som diskuterats tidigare i avsnittet, tydliggörs. I Ekermo och Beckmans (2008) utvärdering poängterar författarna att bristen på förankring hos berörda politiker begränsar organisationen och implementeringsarbetet. Det kan tänkas att det är hög tid för förändringar i samsjuklighetsvården i och med Samsjuklighetsutredningen som presenterades i november 2021. Det kan tolkas baserat på det Ekermo och Beckman (2008) anförde att det är lättare att få igenom ändringar när den politiska nivån är engagerad. Det ska dock poängteras att diskussionen kring samsjuklighetsvården har pågått under många år och det har gjorts

förändringar såsom ändringar i lagstiftningen avseende samordnad individuell plan (SoL, SFS 2001:452, 2 kap, 7 §; HSL, SFS 2017:30, 16 kap, 4 §). Engagemang från politikerna kan även resultera i ett inflöde av ekonomiska resurser eller ändringar i hur de ekonomiska resurserna fördelas, vilket lyfts i föreliggande studies resultatredovisning som ett av de mer omfattande hinder implementeringen stod inför. Kostnaden för vården av samsjuka har diskuterats i flera av artiklarna inkluderade i denna studie, det kan handla om kostnaden som det innebär att behandla någon med flera diagnoser eller kostnaden av integrerade insatser (Essock et al., 2006; Morse et al., 2006; Drake et al., 1998). Detta är såklart bara några av de faktorer som en organisation behöver ta hänsyn till när den är i processen av att implementera något nytt. De multidisciplinära teamen, som är ett av alternativen för att förbättra samsjuklighetsvården, innebär en initialt hög kostnad enligt Ekermo och Beckman (2008). En sådan sak har potentialen att verka avskräckande i ett samhälle där kostnadseffektivitet efterfrågas.

Slutdiskussion

Forskningsvärlden är oense kring integrerade insatser och verksamheters verkliga effekt på samsjuka individer. Studier visar på förbättringar i utfallsmåtten men mellan specifikt integrerade insatser såsom ACT och Standard case management (SCM) återfinns inte några signifikanta skillnader. Den integrerade insatsen kan, som diskuterat av Essock et al. (2006), visa på snabbare förbättring men när slutet av forskningsperioden kommer, har insatserna liknande resultat. Det har presenterats i föreliggande studie att det finns ett behov att tillgodose samsjuka personers komplexa behov och att det föreslagits av flertalet studier, översikter och andra berörda aktörer att integrerade insatser är bästa sättet att tillgodose de samsjuka individerna. Integrerade insatser öppnar för att ett helhetsperspektiv tillämpas och minskar risken att personerna ”faller mellan stolarna”. Forskare är eniga om att ett delat system för vård inte är den miljö som bäst främjar behandling av samsjuka individer. Ett sådant system riskerar att lägga ansvaret på individen att koordinera vården vilket Sterling et al. (2011) och Torrens et al. (2012) menar även ökar risken för att den enskilde inte slutför behandlingen. Det anförs av Ekermo och Beckman (2008) att brist på delaktighet från personal som ska arbeta med nya metoder kan påverka implementeringen av dem. Samtidigt diskuteras det i de Crespigny et al. (2015) att samsjuka kan uppleva en avsaknad av intresse från vårdpersonal när de söker vård. Det kan tänkas vara uppenbart att introduktionen av en ny metod som de yrkesverksamma inte är intresserad av, är dömd att misslyckas från början. Detta stödjer Ekermo och Beckmans (2008) påstående att deltagande och intresse från organisationen är viktig för att insatser eller verksamheten som implementeras är framgångsrik. Deltagande och intresse från organisationen kan även kopplas till diskussionen kring stigma och skam som är relaterad till samsjuka. De Crespigny et al. (2015) beskriver att samsjuka individer upprepade gånger blev stigmatiserade av andra, bland annat av yrkesverksamma inom missbruksvården och psykiatrin. De samsjuka klienterna upplevde att personal inom vården inte visade intresse i klienternas vård och personalen uppvisade en dömande attityd mot samsjuka. Den dömande attityden kunde leda till att de samsjuka individerna exkluderades från nödvändiga bedömningar och behandlingar. Det har tidigare i föreliggande studie diskuterats om yrkesverksammars inställning till samsjuka och diverse behandlingsfilosofier som råder inom missbruksvården och psykiatrin. De olika behandlingsfilosofierna är något som skulle kunna förändras till det bättre med ett integrerat system där missbruk och psykiatrin är sammanfogat. Men det ställer krav på organisationen, där en stor del av arbetet baseras på vilken målsättning som finns och vilka möjligheter lagstiftningen medför. Tidigare diskuterades det att yrkesverksamma är bundna till vad organisationens målsättning är, vad skulle hända om organisationerna sammanfogades och fick en gemensam målsättning? Det vore naivt att påstå att alla problem därmed var lösta men

det kan vara en början till att förstå flertalet av de hinder som denna studie har presenterat. Skillnader i behandlingsfilosofi kräver ett omfattande arbete där ett val behöver göras, ska kompetenserna inom disciplinerna sammanfogas så att en gemensam behandlingsfilosofi kan antas eller ska en ny sorts kompetens skapas? Frågor om yrkesverksammas kunskap och utbildning har diskuterats, där exempelvis de Crespigny et al. (2015) framför att pengar och tid har begränsat möjligheterna till vidareutbildning och träning i att bemöta samsjuka.

Studiens styrkor och svagheter- samt förslag till vidare forskning

Samsjuklighet är ett problem världen över vilket diskuteras i studierna inkluderade i denna forskningsöversikt. Detta innebär därmed att antaganden och slutsatser gjorda i dessa specifika länder kan vara svåra att översätta till en svensk kontext, vilket är en begränsning i studien. Jag anser dock att det finns kunskap och lärdomar att hämta i forskning som är riktade mot ett land och kontexten för vården där. Studier i en svensk kontext var få och flertalet var någon form av utvärdering av integrerade insatser, exempelvis Ekermo och Beckman (2008). Det har diskuterats i flera artiklar att resultaten av undersökningar kan ifrågasättas då metoden som användes inte var tillräckligt djupgående eller att det inte användes någon utvärdering av programtroheten för att säkerställa att resultaten verkligen kan tillskrivas till insatsen (Cooper et al., 2010; Morse et al., 2006; Drake et al., 1998). Det kan anses som en begränsning i studien att det fanns frågor om resultatet kunde tillskrivas insatsen. I exempelvis Morse et al. (2006) diskuteras programtrohet för den integrerade insatsen ACT, då författarna upptäckt att det funnits förvirring i behandlingsutförandet. Cooper et al. (2014) beskriver att bristen på en utvärdering av programtroheten var en svaghet i dennes studie. Något som ytterligare kan identifieras som en svaghet i studien är att det inkluderade materialet har en bredd på många år. Således kan det som beskrivs som ”sanning” i en av de äldre studierna, vara motbevisat i en av de nyare.

I denna forskningsöversikt arbetade författaren ensam vilket kan leda till att ytterligare perspektiv som en medförfattare skulle medföra saknas. En styrka som kan tillskrivas denna studie är att det är en forskningsöversikt, vilket leder till att en bred översikt skapas kring problemområdet. Denna studie har valt att fokusera på tre utfallsmått: psykisk ohälsa, missbruk och stabil boendesituation. Det finns naturligtvis ett stort antal andra utfallsmått som kan undersökas men för att hålla problemområdet inom just missbruk och psykisk ohälsa valdes dessa utfallsmått. Stabil boendesituation inkluderades då hemlöshet är en av de vanligare konsekvenserna av denna typ av samsjuklighet (Dir. 2020:68). I föreliggande studie har ett försök gjorts att inkludera olika perspektiv på samsjuklighetsforskning, genom att se på effekter, komponenter, möjligheter och hinder. Detta innebär att det finns aspekter inom forskningen som inte är inkluderade här. Samsjuklighetsforskningen innefattar inte enbart samsjuklighet i form av missbruk och psykisk ohälsa utan kan återfinnas i olika variationer.

En anmärkningsvärd faktor som framkommit genom denna forskningsöversikt är att målgruppen är svår att fånga, flertalet studier rapporterar att det var svårt att få respondenterna att genomföra momenten, vare sig om det handlade om uppföljningar eller behandlingen i sig. Flera studier framförde även att det initiala urvalet minskade efterhand som studierna pågick av olika anledningar (Cooper et al., 2010; Drake et al., 1998; Morse et al., 2006; Essock et al., 2006). Det har även anmärkts att tidigare studier innefattar metodologiska brister, det kan vara forskningsdesignen eller att det inte finns någon kontrollgrupp (Morse et al., 2006). Det diskuteras i Drake et al. (1998) att anledningen till att resultatet i deras studie inte var överväldigande positiv i en riktning kunde bero på att ACT och SCM grundar sig i samma principer, vilket är något Essock et al. (2006) också lyfter. Young et al. (2014) anförde att deras studie saknade kontrollgrupp samt att urvalet jämfört

med andra studier var litet. Detta leder naturligtvis till att resultaten bör tolkas kritiskt samt ifrågasättas när det gäller hur resultaten ska uppfattas i en större kontext. Det var initialt oklart om studien skulle inkluderas i föreliggande studie men en av orsakerna till att den ändå inkluderades var att den tillför något till den större diskussionen kring integrerade insatsers implementering. Young et al. (2014) framför att det resultat som framstod från dennes studie gav stöd åt tanken, som flera andra forskare inkluderade i denna studie även framfört (Morse et al. 2006; Drake et al. 1998; Essock et al., 2006; Cooper et al., 2014), att en integrerad insats såsom ACT är effektiv för utfall såsom psykiskt mående och stabilt boende men inte för missbruk, vilket leder till ytterligare frågor om insatsens effektivitet för målgruppen. Inklusionen av Young et al. (2014) ger ett annat perspektiv i diskussionen om ACT:s lämplighet då dessa forskare inte kunde påvisa någon effekt på missbruk, till skillnad från resultat i andra inkluderade studier.

Det har förts diskussioner i några av de inkluderade studierna kring integrerade insatsers effekt och specifikt om det ger mer effekt på vissa utfallsmått än andra. I Drake et al. (1998) framkommer det att ACT-patienter med drogmissbruk uppnådde nykterhet till 43,2 procent jämfört med SCM som uppnådde till 35 procent. När det gäller alkoholmissbruk är bilden den motsatta, då är antalet patienter som uppnådde nykterhet större i SCM än ACT, 50 procent mot 43,2 procent. Det är då möjligt att diskutera om SCM har bättre effekt för de med drogmissbruk än alkoholmissbruk. Essock et al. (2006) för en liknande diskussion där de föreslår att ACT kan ha bättre effekt på missbruk över kortare tid jämfört med case management trots att de inte kunde finna statistisk signifikans för ett sådant förslag.

Reliabilitet, generaliserbarhet och validitet

Enligt Bryman (2011) innebär *reliabilitet* måttets eller mätningarnas pålitlighet och följdriktighet. Det syftar alltså till hur, och i vilken utsträckning, en undersökning kan upprepas. En av egenskaperna hos en litteraturstudie är att tillvägagångssättet tydligt ska dokumenteras. I föreliggande studie framgår vilka databaser som har använts, vilka sökord samt vilka inklusion- och exklusionskriterier som använts, vilket bidrar till en ökad reliabilitet för denna studie. Det finns dock felfaktorer som kan ha påverkat reliabiliteten, det kan ha tillkommit nya artiklar som inte var publicerade när denna forskningsöversikt gjordes eller så kan det ha funnits artiklar som tagits bort och inte längre finns tillgängliga via de databaser som beskrivits här.

Det förklaras av Bryman (2011) att *validitet* syftar till att en studie undersöker det den avser undersöka. En särskild del inom validitet är extern validitet som berör i vilken utsträckning resultaten, kan generaliseras till en större kontext. I föreliggande studie är flertalet artiklar internationella och endast två berör en svensk kontext. Detta kan innebära att resultatet inte ens i den enklaste bemärkelsen kan tillämpas i en svensk kontext. Däremot har ett försök gjorts att föra diskussioner relaterat till det svenska samhället, vilket då inkluderat källor som Samsjuklighetsutredningen och Ekermo och Beckmans (2008) utvärdering.

Förslag till vidare forskning

Det har tidigare anförts att forskningen inte är överens om integrerade insatsers effektivitet för samsjuka individer. Det finns dock en samstämmighet kring vikten av en integrerad modell, alltså att behandla missbruket och den psykiska problematiken samtidigt. Det vore felaktigt att säga att det inte finns forskning kring samsjuklighet eller effekten av integrerade insatser, det påvisas genom denna forskningsöversikt. Det finns utrymme för studier att i en svensk kontext undersöka hur en integrerad modell kan vara verksamt. Samsjuklighetsutredningen ger fokus åt diskussionen här och nu, vilket även skulle vara en

gynnsam tid att forska vidare kring integrerade insatser och verksamheters förekomst i Sverige. Det finns även möjlighet att göra ytterligare studier kring effekter av integrerade insatser, då det genom denna forskningsöversikt framkommit att det finns frågor kring vissa utfall. I vilka fall ska exempelvis ACT rekommenderas? Ska det vara för klienter inom vissa utfallsparametrar? Eller finns det tillräcklig med stöd inom forskningen för att rekommendera ACT till samsjuka individer? Dessa är några av de frågor som vidare forskning kan undersöka.

REFERENSLISTA

En asterisk innebär att artiklarna är inkluderade i resultatet

Booth, A., Sutton, A. & Papaioannou, D. (2016). *Systematic approaches to a successful literature review*. (Second edition.) Los Angeles: Sage.

Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (2., [rev.] uppl.) Malmö: Liber

Centrum för evidensbaserade psykosociala insatser (CEPI) (2015). *Projekt om stöd till utveckling av integrerade insatser inom psykiatrisk öppenvård- en utvärdering*. Hämtad från https://www.cepi.lu.se/sites/cepi.lu.se/files/integrerade_verksamheter_150226_0.pdf

*Cooper, Seiders, J., Davidson, D. L., MacMaster, S. A., Rasch, R. F. R., Adams, S., & Darby, K. (2010). Outcomes of Integrated Assertive Community Treatment for Homeless Consumers With Co-occurring Disorders. *Journal of Dual Diagnosis*, 6(2), s. 152–170. <https://doi.org/10.1080/15504261003766471>

*de Crespigny, C., Grønkjær, M., Liu, D., Moss, J., Cairney, I., Procter, N., ... Galletly, C. (2015). Service provider barriers to treatment and care for people with mental health and alcohol and other drug comorbidity in a metropolitan region of south australia. *Advances in Dual Diagnosis*, 8(3), s. 120-128. doi:http://dx.doi.org/10.1108/ADD-05-2015-0007

Dir. 2020:68. *Samordnade insatser vid samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd*. Stockholm: Socialdepartementet.

Hämtad från

https://www.regeringen.se/49dc19/globalassets/regeringen/dokument/socialdepartementet/fok_halsa-och-sjukvard/samordnade-insatser-vid-samsjuklighet-i-form-av-missbruk-och-beroende-och-annan-psykiatrisk-diagnos-eller-narliggande-tillstand.pdf

*Drake, R. E., McHugo, G. J., Clark, R. E., Teague, G. B., Xie, H., Miles, K., & Ackerson, T. H. (1998). Assertive community treatment for patients with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: A clinical trial. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(2), s. 201-215.

<https://db.ub.oru.se/login?url=https://www.proquest.com/scholarly-journals/assertive-community-treatment-patients-with-co/docview/1761696052/se-2?accountid=8028>

Ducharme, L. J., Knudsen, H. K., & Roman, P. M. (2006). Availability of integrated care for co-occurring substance abuse and psychiatric conditions. *Community Mental Health Journal*, 42(4), s. 363-75. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s10597-005-9030-7

Dugmore, L., & Bauweraerts, S. (2021). When policy fails try something different integrated practice improve outcomes for dual diagnosis co-occurring service users accessing mental health services. *Drugs and Alcohol Today*, 21(2), s. 157–170. <https://doi.org/10.1108/DAT-06-2020-0036>

Ekermo, M. & Beckman, L. (2008). *Det räcker inte med en bra idé: utvärdering av Sveriges Kommuner och Landstings metodutvecklingsarbete med case management för människor med dubbla diagnoser*. Eskilstuna: Mälardalens högskola. Hämtad från <https://swepub.kb.se/bib/swepub:oai:DiVA.org:mdh-4647?vw=full>

*Essock, S. M., Mueser, K. T., Drake, R. E., Covell, N. H., McHugo, G. J., Frisman, L. K., ... Swain, K. (2006). Comparison of ACT and standard case management for delivering integrated treatment for co-occurring disorders. *Psychiatric Services*, 57(2), s. 185–196. <https://doi-org.db.ub.oru.se/10.1176/appi.ps.57.2.185>

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (4. rev. utg.) Stockholm: Natur & kultur.

Johnson, B., Richert, T. & Svensson, B. (2017). *Alkohol- och narkotikaproblem*. (Upplaga 1). Lund: Studentlitteratur.

Kikkert, M., Goudriaan, A., de Waal, M., Peen, J., & Dekker, J. (2018). Effectiveness of integrated dual diagnosis treatment (IDDT) in severe mental illness outpatients with a co-occurring substance use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 95, s. 35–42. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.09.005>

Lundgren, L., Wilkey, C., Chassler, D., Sandlund, M., Armelius, B.-Å., Armelius, K., & Brännström, J. (2014). Integrating Addiction and Mental Health Treatment within a National Addiction Treatment System: Using Multiple Statistical Methods to Analyze Client and Interviewer Assessment of Co-Occurring Mental Health Problems. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 31(1), s. 59–79. <https://doi.org/10.2478/nsad-2014-0005>

*McGovern, M. P., Xie, H., Segal, S. R., Siembab, L., & Drake, R. E. (2006). Addiction treatment services and co-occurring disorders: Prevalence estimates, treatment practices, and barriers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31(3), s. 267–275. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2006.05.003>

*Morse, G. A., Calsyn, R. J., Klinkenberg, W. D., Helminiak, T. W., Wolff, N., Drake, R., ... McCudden, S. (2006). Treating Homeless Clients with Severe Mental Illness and Substance Use Disorders: Costs and Outcomes. *Community Mental Health Journal*, 42(4), s. 377–404. <https://doi-org.db.ub.oru.se/10.1007/s10597-006-9050-y>

Moser, L. L., Monroe-DeVita, M., & Teague, G. B. (2013). Evaluating Integrated Treatment Within Assertive Community Treatment Programs: A New Measure, *Journal of Dual Diagnosis*, 9(2), s. 187–194, DOI: [10.1080/15504263.2013.779480](https://doi.org/10.1080/15504263.2013.779480)

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017). *Att komma överens- En uppföljning av överenskommelser inom missbruks- och beroendevården*. (Rapport 2017:1). Hämtad från <https://www.vardanalys.se/rapporter/att-komma-overens/>

Norrköpings kommun (2010). *Utvärdering av ett arbetsätt "Assertive Community Treatment – ACT" eller aktiv uppsökande samhällsbaserad behandling och rehabilitering ur ett klientperspektiv*. Hämtad från <https://www.norrkoping.se/download/18.4364b93d15c0b7026bc2fa1/1495631661722/ACTslutrapport1201.pdf>

Organisation (u.å.) *I Nationalencyklopedin*. Hämtad 7 december 2021 från <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/organisation>

Samsjuklighetsutredningen (2021). *Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet* (SOU

2021:93). Stockholm: Elanders. Hämtad från <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2021/11/sou-202193/>

SFS 2001:453. *Socialtjänstlag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30

Socialstyrelsen (2019a). *Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik*. (Artikelnummer 2019-11-6481). Hämtad 11 november 2021, från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-11-6481.pdf>

Socialstyrelsen (u.å). *Socialstyrelsens termbank- Samverkan*. Hämtad 7 december 2021 från <https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=506&SrcLang=sv>

Socialstyrelsen. (2019b). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroendestöd för styrning och ledning*. (Artikelnummer 2019-1-16). Hämtad 18 november 2021 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-1-16.pdf>

Socialstyrelsen (2019c). *Metodguiden- Case management*. Hämtad 20 januari 2022 från <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/metodguiden/case-management/>

Sterling, S., Chi, F. & Hinman, A. (2011). Integrating Care for People With Co-Occurring Alcohol and Other Drug, Medical, and Mental Health Conditions. *Alcohol Research & Health*, 33, (4). s. 338-49. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/db.ub.oru.se/pmc/articles/PMC3625993/>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2009). *Integrated Treatment for Co-Occurring Disorders: Building your program*. (SMA-08-4366). Hämtad från <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/ebp-kit-building-your-program-10112019.pdf>

Svensson, K., Johnsson, E. & Laanemets, L. (2008). *Handlingsutrymme: utmaningar i socialt arbete*. (1. utg.) Stockholm: Natur & kultur

*Todd, F.C., Sellman, J.D & Robertson, P. J. (2002). Barriers to optimal care for patients with coexisting substance use and mental health disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(6), s. 792–799. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2002.01049.x>

Torrens, M., Rossi, P. C., Martinez-Riera, R., Martinez-Sanvisens, D., & Bulbena, A. (2012). Psychiatric co-morbidity and substance use disorders: Treatment in parallel systems or in one integrated system? *Substance use & Misuse*, 47(8-9), s. 1005-1014. doi:<http://dx.doi.org/10.3109/10826084.2012.663296>

*van Wamel, A., Lempens, A., & Neven, A. (2021). Integrated treatment of dual disorders in the netherlands: A qualitative study of client experiences. *Advances in Dual Diagnosis, 14*(4), s. 183-197. doi:<http://dx.doi.org/10.1108/ADD-12-2020-0029>

Vetenskapsrådet (2017). *God forskningssed [Elektronisk resurs]*. (Reviderad utgåva). Stockholm: Vetenskapsrådet.

*Young, M. S., Barrett, B., Engelhardt, M. A., & Moore, K. A. (2014). Six-month outcomes of an integrated assertive community treatment team serving adults with complex behavioral health and housing needs. *Community Mental Health Journal, 50*(4), s. 474-9. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10597-013-9692-5>

BILAGOR

Bilaga 1. Checklista för kvantitativa studier

(Anpassat från Forsberg och Wengström, 2016)

Syftet med studien

Syftet med studien?

Är frågeställningarna tydligt beskrivna?

Ja Nej

Undersökningsgruppen

Vilka är inklusionskriterierna?

Vilka är exklusionskriterierna?

Var undersökningsgruppen representativ?

Ja Nej

Var genomfördes undersökningen?

När genomfördes undersökningen?

Mätmetoder

Vilka mätmetoder användes?

Fördes en diskussion om reliabiliteten?

Ja Nej

Fördes en diskussion om validiteten?

Ja Nej

Analys

Hur stort var bortfallet?

Är bortfallet accepterbart?

Ja Nej

Användes en lämplig statistisk analys?

Ja Nej

Vilka var huvudresultaten?

Vad drar författaren för slutsatser?

Bilaga 2. Checklista för kvalitativa studier

(Anpassat från Forsberg och Wengström, 2016)

Syftet med studien

Vad var studiens syfte?

Vilken metod användes?

Kunde valet av metod besvara frågeställningen?

Ja Nej

Undersökningsgrupp

Har urvalskriterierna för undersökningsgruppen tydlig beskrivits?

Var genomfördes undersökningen?

Finns det beskrivet var, när och hur undersökningsgruppen kontaktades?

Är undersökningsgruppen lämplig?

Ja Nej

Metod för datainsamling

Beskrivs det hur datainsamling genomfördes?

Ja Nej

Beskrivs processen tydligt?

Ja Nej

Är datainsamlingen systematisk?

Ja Nej

Dataanalys

Diskuteras analys och tolkning?

Ja Nej

Är resultaten pålitliga?

Ja Nej

Är resultaten trovärdiga?

Ja Nej

Utvärdering

Kan resultaten kopplas till frågeställningen?

Ja Nej

Finns det metodologiska brister?

Ja Nej

Vad är författarens slutsatser?

Bör artikeln inkluderas?

Ja Nej