

**Lunds universitet
Socialhögskolan
SOA205B, Magisterkurs i socialt arbete 61-80 p.
Vårterminen 2000**

”DEN HÄR PLANEN ÄR MIN!”

**En utvärdering av ett försök med Gemensamma Individuella Handlingsplaner –
en metod i socialt förändringsarbete**

**Författare:
Gunilla Andersson-Linder
Handledare:
Lars Nordlander**

SAMMANFATTNING

Detta är en utvärdering av en metod som syftar till att utveckla och effektivisera samverkan mellan myndigheter i en kommun; Gemensamma Individuella Handlingsplaner, GIH. En grupp handläggare från fyra myndigheter har arbetat fram metoden inom ett delprojekt ingående i ett större lokalt samverkansprojekt, FRISAM. Projektet riktar sig till personer med många myndighetskontakter, försörjningsstöd och långvarig arbetslöshet.

Syftet med uppsatsen är att undersöka huruvida GIH ger möjlighet för brukarna att definiera sina egna mål och få hjälp av samhällets samlade resurser för att uppnå detta.

Jag har utvärderat GIH ur både ett handläggare- och ett brukarperspektiv. Härvid har jag haft ett hermeneutiskt – fenomenologiskt förhållningssätt. Forskningsmetoden är kvalitativ och deltagarbaserad. Jag använder mig av intervjuer, enkät, deltagande observation och fokusgrupp.

Min slutsats av utvärderingen är att brukarna, fast de inte nått sina mål ännu, var helt och hållet nöjda med denna ansats till ett förändrat arbets- och förhållningssätt i socialt arbete. De har uppskattat alla delar av metoden, men är något skeptiska till hur den kommer att fullföljas. Även handläggarna ser mest fördelar med GIH, som effektiviserar det sociala förändringsarbetet. Det blev dock en tydlig konflikt mellan myndighets- och individperspektivet, när man använde denna metod, samtidigt som en maktförskjutning ägde rum från handläggare till brukare.

ABSTRACT

This is an evaluation of a method of developing and making the collaboration between authorities in one community more effective; Common Individual Plans. Staff from four authorities have created a new common method for social work as a project within a bigger local collaboration-project; FRISAM. The project is intended for unemployed people who have contact with several authorities and need financial support.

The aim of this study is to investigate if Common Individual Plans give possibility for the clients to define their own goals and to get help from the collected resources of the society to achieve them.

The method is evaluated from the perspective of both staff and clients, by using a hermeneutic – phenomenological approach and qualitative and participatory based research methods. I have used interviews, questionnaire, participant observations and focus-group.

My conclusion of the evaluation is that the clients, even if they have not yet achieved their goals, were entirely satisfied with this attempt to change social work and attitudes. They have appreciated all parts of the method, but somewhat doubted if the staff should fulfil the plans. Also the staff appreciated the new method, which they think will make the social work more effective. But a clear conflict between the authority-perspective and the client-perspective and a shift of power from staff towards clients was seen, when using this method.

Innehållsförteckning

1.	INLEDNING.....	4
2.	SYFTE.....	6
3.	CENTRALA BEGREPP.....	7
4.	PROBLEMOMRÅDE.....	7
4.1.	GIH:s idé.....	7
4.2.	GIH-försökets kontextuella förutsättningar.....	8
4.3.	Erfarenheter från lokala studier om samverkan och inflytande.....	9
4.4.	GIH-projektet växer fram.....	11
4.5.	GIH-projektets ramar.....	12
4.5.1.	Planering.....	12
4.5.2.	”Min handlingsplan”.....	14
4.6.	GIH-handläggarnas uppdrag i det sociala förändringsarbetet.....	16
4.7.	Utvärderingar om samverkan.....	18
5.	METOD.....	20
5.1.	Utvärderaren.....	20
5.1.1.	Bakgrund.....	20
5.1.2.	Uppdrag.....	20
5.2.	Vad ska utvärderas?.....	21
5.3.	Metodval.....	21
5.4.	Deltagarbaserad utvärderingsforskning; en översikt.....	22
5.5.	Förundersökning om problemområdet.....	22
5.6.	Könsperspektiv.....	22
5.7.	Utvärderingens genomförande.....	23
5.7.1.	Deltagarbaserad forskningsmetod.....	23
5.7.2.	Urval av utvärderare.....	23
5.7.3.	Utvärderingsinstrument, praktiskt genomförande och bortfall.....	24
5.8.	Etiska aspekter.....	26
5.9.	Metoddiskussion.....	26
6.	TEORIVAL.....	27
6.1.	Utgångspunkter för att finna teorier för socialt förändringsarbete.....	27
6.2.	Studiens teoretiska referenser.....	28
7.	RESULTATPRESENTATION.....	32
7.1.	Innehåll.....	32
7.2.	Genomförande.....	32
7.2.	Processen.....	34
7.3.	Brukarutvärderingen.....	35
7.3.1.	Resultat.....	35
7.3.2.	Diskussion.....	40
7.4.	Handläggarnas utvärdering av GIH.....	41
7.4.1.	Resultat.....	41
7.4.3.	Diskussion.....	44
7.4.4.	Jämförelse mellan brukar- och handläggarperspektiven och teorier.....	45
8.	DISKUSSION OCH SLUTSATSER.....	50
	Litteraturlista.....	55
	Bilaga 1. Enkät till handläggare.....	58
	Bilaga 2 Informationsbrev till brukare.....	59
	Bilaga 3 Frågeformulär, brukarutvärdering.....	60

1. INLEDNING

Samverkan och brukarinflytande är två ord och begrepp som allt oftare syns och hörs i diskussionerna om rehabilitering och socialt arbete i dag. Varför detta fokus på dessa begrepp, just nu? Röster hörs både för och emot. Är det för samhällets eller för individens bästa vi ska samverka? Vilket grad av eget inflytande kan ges den enskilde medborgaren utan att samhället förlorar kontrollen? Hur stor är risken att de starka får mer och bättre hjälp än de svaga?

I min 25-åriga erfarenhet av socialt arbete på "fältet" har jag upplevt olika grader av samverkansarbete, individinflytande och planeringsarbete. Som socialassistent på 1970-talet upplevde jag en nästan total avsaknad av dessa tre ingredienser medan jag som kurator/LSS-handläggare i handikappverksamhet, under 1980- och 1990-talet, har upplevt den raka motsatsen. Samtidigt innebär arbete i socialtjänsten ett starkare inslag av myndighetsutövning än kuratorsarbetet på handikappområdet. Olika lagstiftningar styr verksamheterna, Socialtjänstlagen, SoL, (SFS 1980:620) respektive Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, (SFS 1993:568) (tidigare Omsorgslagen, SFS 1985:568). Båda lagarna har vackra portalparagrafer där individens rätt till självbestämmande och integritet hävdas. För att få sin försörjning tillgodosedd via socialbidrag krävs dock att man aktivt söker arbete. Individens eget inflytande kan här få en underordnad betydelse. I LSS hävdas stödbehovet för den enskilde, att alla insatser är helt frivilliga och att man måste ansöka själv. För psykiskt och fysiskt funktionshindrade var behandlingsplanering i samverkan med involverade specialister och myndigheter utifrån individens behov och önskningsar ett naturligt arbetssätt, medan jag inom socialtjänsten upplevde att planeringen ofta utgick från myndighetens behov och över huvudet på den enskilde. Det finns till exempel en laglig rätt till Individuell plan enligt LSS, 10§.

Det svenska välfärdssamhället har från efterkrigstiden fram till och med 1980-talet kännetecknats av en mycket stark expansion. En stark samhällsekonomi och en politisk vilja har möjliggjort denna utveckling. Den offentliga sektorn har ökat i omfång, både när det gäller sektorisering, antalet anställda och olika specialiteter. Det gäller bland annat sjukvården och socialtjänsten (Rothstein, 1996), (Hjern, 1983, 1993, 1995). För att ta ett exempel från min kommun, så finns inom Individ- och familjeomsorg, i en av de tre vårdförvaltningarna, bland annat följande "basenheter": Utredning och behandling, Ekonomiskt bistånd, Flyktningmottagning, Familjehemsenhet, Familjerättsenhet, Familjerådgivning, Missbruksvårdsenhet, Alkoholrådgivning, Ungdomsgrupp, Familjehandlingsenhet och Öppen förskola. Dessutom deltar socialsekreterare i en rad samverkansprojekt. Om man som medborgare har ett specificerat och "enkelt" problem, t.ex. att upprätta avtal om faderskap, får man i dag god och kunnig hjälp vid familjerätten. Men, om man är flykting, har ekonomiska problem, problem med barnen samt begynnande alkoholproblem är det inte längre lika rätt att få adekvat hjälp inom socialtjänsten. Om man dessutom är arbetslös och har ont i ryggen eller en begynnande depression blir situationen inte lättare.

Professor Benny Hjern, (ibid.), hävdar att de offentliga organisationerna i Sverige, som successivt byggts upp sedan slutet på 1800-talet, inte längre är ändamålsenliga för dagens behov. Ekonomistyrning och uppföljning i svensk offentlig förvaltning läggs upp, som om målgrupperna var ensamma organisationers. Detta trots att individernas behov ofta är sammansatta och komplexa och

inte kan lösas av en enda myndighet. Behovet av samarbete tvärs över myndighetsgränser är uppenbart i många fall.

Hur ska man som enskild medborgare i det läget kunna hävda sin egen vilja, avseende den hjälp man anser sig behöva? Man blir ofta skickad runt från specialist till specialist med olika frågeställningar. Det är svårt för specialisterna att överblicka hela hjälpapparaten och veta vilken hjälp som kan ges och fås vid olika enheter. Hur ska det då inte vara för en vanlig medborgare, dessutom tyngd av många olika problem? Specialisterna har sina dellösningar på problemen, helhetssyn saknas ofta.

I samhället idag tycker jag mig också ha sett en strävan bort från kollektiva lösningar av problem till mer individuellt utformade sådana. Man kan anta att medborgarna inte lika ofta finner sig i att beslut fattas över deras huvuden utan kräver att allt mer fåna inflytande över insatser och åtgärder som berör en själv på något sätt. Samtidigt lever troligen mycket av auktoritetstänkande och passivt överlämnande av lösningar på sina problem till myndigheter kvar hos befolkningen. Även hos handläggare och behandlare kan finnas olika attityder till medinflytande och delaktighet för individen, vilket i olika grad uppmuntras i förhållande till de lagar, maddokument, ekonomiska ramar med mera, som styr de verksamheter de är anställda i.

Regeringen har i en proposition (1996/97:63) ”FRISAM”, innehållande riktlinjer för samverkan utan finansiell samordning på rehabiliteringsområdet, uppmärksammat situationen att många människor med långvariga och svåra problem lätt kan hamna i en gråzon mellan de olika ersättningssystemen. Orsak är ofta att problembilden inte helt och fullt faller inom någon viss myndighets ansvarsområde. Detta kan i sin tur leda till rundgång mellan systemen, med många gånger kortsiktiga och ineffektiva insatser som följd. Många olika former för samverkan mellan myndigheter har uppstått och tagit fart under 1990-talet. Regeringen har, förutom FRISAM, initierat flera samverkanspropositioner, som resulterat i lagstiftningsåtgärder: FINSAM; Lagen om lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård (proposition 1991/92:105), SOCSAM; Lagen om lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst (proposition 1993/94:205). I dessa propositioner markeras att samverkan ska ge bättre resursutnyttjande men framför allt ske för den enskildes skull; för att ge bättre hälsa, bättre helhetssyn på den enskilde och dennes behov, bättre rehabilitering. Metoden är alltså samverkan, däremot nämns inte individinflytande och delaktighet som några verkningfulla faktorer i sammanhanget.

Inom ramen för dessa tre samverkanspropositioner har en rad olika samverkansaktiviteter startats upp på Gotland från 1994 och framåt. En del i detta är ett försök med Gemensamma Individuella Handlingsplaner (i fortsättningen nämnd som GIH) som började planeras våren 1999 i samarbete mellan SOCSAM- och FRISAM-projektet. I försöket deltog en grupp handläggare från fyra olika myndigheter och FRISAM's projektledare. De arbetade, med utgångspunkt från ett antal komplexa ärenden med flera myndighetskontakter, tillsammans fram en metodik vars främsta syfte var att åstadkomma en obruten rehabiliteringskedja för den enskilde. Metoden bygger framför allt på samverkan mellan myndigheter kring den enskilde och dennes problematik utifrån ett lösningsfokuserat förhållningssätt (Hjert).

Metoden har sedan prövats i praktiken och utvärderats både av handläggarna i gruppen och av brukare som deltagit i försöket.

Nedan ett exempel, utifrån brukarutvärderingen, på en person med ”rundgångsproblem”. Han

uppfyller kriterierna för GIH-försökets målgrupp (kontakt med flera myndigheter, uppbär försörjningsstöd, arbetslös). Beskrivningen har satts samman utifrån flera intervjuer, men är representativ:

En 30-årig man som är fränskild med två barn. De bor hos honom varannan vecka. Han har en två-årig allmän gymnasieutbildning i botten. Flera traumatiska händelser finns med under hans uppväxttid och även senare. Egentligen har han aldrig riktigt kommit in på arbetsmarknaden utan bara haft några korta projektanställningar, praktikperioder och några kortare arbetsmarknadsutbildningar. Under bitvis långa perioder har han varit sjukskriven, framför allt på grund av psykiska problem. Han har även haft långa perioder då han mer eller mindre varit beroende av socialbidrag för sin försörjning. Under den tio år långa perioden sedan avslutad skola, har han haft många kontakter med olika myndigheter och ett stort antal handläggare. I dagsläget har han parallell kontakt med flera enheter inom socialtjänsten samt med arbetsförmedlingen och psykiatrin. Han har aldrig varit med om någon form av samverkan kring honom och hans problematik, utan han har gått eller blivit skickad emellan de olika aktörerna.

2. SYFTE

Huvudsyftet med denna uppsats är att undersöka *huruvida ett försök med Gemensamma Individuella Handlingsplaner på Gotland ger möjlighet för brukarna att definiera sina egna mål och få hjälp av samhällets samlade resurser för att uppnå dessa.*

I ett antal lokala studier på Gotland inom SOCSAM-försökets ram beskrivs det sociala arbetet som bedrivs i myndigheterna (se 4.3.). De visar på ett antal problem och behov avseende behovsbedömningar, samverkan, individinflytande och handlingsplanering. Det är den bilden som GIH-projektet och andra SOCSAM/FRISAM-aktiviteter vill försöka förändra på Gotland.

Denna uppsats fokuserar på resultaten av GIH-försöket och utgår från följande frågeställningar:

1. Hur uppfattar brukarna GIH som helhet? Är det en bra och relevant metod för socialt förändringsarbete/ rehabiliteringsarbete eller är det ett tidskrävande och kanske till och med ett kränkande arbetssätt?
2. Vilken betydelse har GIH:s tre delar; Gemensam, Individuell och Handlingsplan, var för sig för användandet och nyttan med metoden?
3. Hur uppfattar handläggarna GIH i förhållande till sina myndighetsroller? Kan myndighets- och individperspektiv kombineras så att ett gynnsamt resultat för brukaren uppnås inom de ramar som lagar och andra regler sätter?
4. Kan GIH bli en effektiv samverkansform mellan olika rehabiliteringsaktörer, som eliminerar ineffektiv rundgång mellan myndigheter i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen?
5. Hur viktigt är ett gemensamt språk och förhållningssätt mellan handläggare från olika myndigheter, som möter samma individer med komplex problematik?
6. Är GIH en bra metod för alla brukare i målgruppen?

3. CENTRALA BEGREPP

Gemensamma Individuella Handlingsplaner benämns generellt som GIH.

Brukare används som sammanfattande begrepp för klienter, patienter, arbetssökande eller de försäkrade.

Handläggare kallas alla deltagare i GIH-gruppen, trots att inte alla omfattas av detta epitet.

Socialt förändringsarbete används som begrepp för det arbete GIH-handläggarna gör, även om rehabiliteringsarbete i vissa fall skulle vara mer adekvat.

4. PROBLEMMOMRÅDE

4.1. GIH:s idé

I denna uppsats vill jag beskriva och utvärdera ett projekt på Gotland med Gemensamma Individuella Handlingsplaner, som jag betraktar som ett försök att både fördjupa och effektivisera socialt arbete. GIH-projektets främsta syfte är att genom samverkan mellan myndigheter åstadkomma en förbättrad rehabilitering för den enskilde. I praktiken är detta ett "Forsknings- och utvecklingsprojekt", där en grupp handläggare arbetar sig fram till en ny metod eller snarare ett nytt förhållningssätt till socialt arbete, som de sedan prövar i praktiken. Det praktiska arbetet har varvats med teoridiskussioner, diskussioner om svårigheter och möjligheter med det nya arbetssättet, egna motstånd, yttre hinder och positiva resultat. Brukarnas synpunkter har återförts till gruppen, vilket har stärkt handläggarna och hjälpt dem att ytterligare utveckla och kvalitetssäkra metodiken.

Vid utvärderingen av GIH har jag utgått från att alla delar är lika viktiga:

Gemensam/samverkan

Individuell/brukarinflytande

Handlingsplan/mål, delmål, ansvar och uppföljning

I detta kapitel har jag tittat på de trender jag iakttagit i dagens samhälle som jag antar påverkat uppkomsten av försöket med GIH. Varför har samverkan kommit så i fokus, hur har statsmakterna försökt uppmuntra och styra mot samverkan, vilka praktiska samverkansaktiviteter har uppstått och vilka resultat har man hittills kunnat se? Även brukarinflytande diskuteras mycket i dag och hur det ska kunna realiseras. Försöket med GIH vill ge ökat inflytande för individen genom att han själv äger och formulerar sin handlingsplan. Jag vill undersöka vilken roll brukaren och hans inflytande har i de samverkansaktiviteter som bedrivs. Räknas han som en likvärdig part i rehabiliteringsarbete eller socialt förändringsarbete? I vilken mån räknas individinflytande som en av framgångsfaktorerna i rehabiliteringsarbete?

Handlingsplaner förekommer inte inom alla involverade myndigheter i försöket. Hur viktigt är det att göra sådana och vilka effekter får det på rehabiliteringsarbete. Finns det utvärderingar som visar detta?

Först i kapitlet presenterar jag GIH-projektets kontextuella förutsättningar; hjälpapparatens organisering i kommunen samt de tvåsamverkansprojekten SOCSAM's och FRISAM's lokala

uppdrag. Olika lokala kartläggningar och studier beskrivs sedan. De visar på förekomst och behov av samverkan och andra insatser som görs eller borde göras för medborgare i behov av särskilt stöd. Dessa har haft betydelse för GIH-projektet. De har ökat medvetenheten hos handläggare om behovet av förändringar enligt projektets intentioner. Detta följs av en beskrivning av de faktorer och omständigheter som lett fram till att försöket med Gemensamma Individuella Handlingsplaner genomfördes 1999/2000 på Gotland. Projektets planering och praktiska genomförande beskrivs därefter följt av en genomgång av de uppdrag som handläggarna i GIH-gruppen har i det sociala förändringsarbetet utifrån lagar och regelverk. Till sist visar jag en provkarta över olika projekt av samverkanskaraktär i rehabiliterings/habiliteringsarbete som pågår på många håll i landet samt utvärderingsresultat.

4.2. GIH-försökets kontextuella förutsättningar

Gotlands kommun har cirka 58.000 invånare. Kommunen har även landstingskommunala uppgifter. Dessutom finns en länsstyrelse.

Gotlands kommun är idag indelad i tre vårdförvaltningsdistrikt; Visby, Gotland söder och Gotland norr. Varje förvaltning styrs av en vårdnämnd. Varje vårdförvaltning ansvarar för individ och familjeomsorg, äldre- och handikappomsorg, primärvård och folktandvård i sitt distrikt. I Visby finns ett antal kommungemensamma enheter för till exempel familjehemsplaceringar, familjerätt, LSS-insatser för barn mm. Länsvårdsnämnden ansvarar för hela lasarettssjukvården inklusive psykiatri på ön. En stor omorganisering av den kommunala verksamheten kommer dock att ske med början 1 juli 2000.

Försäkringskassan har ett lokalkontor på Gotland, lokalgemensamt med det centrala kontoret, i Visby.

Arbetsmarknadsenheterna sorterar under Länsstyrelsen. Lokala arbetsförmedlingskontor finns på fyra orter i kommunen. Arbetsmarknadsinstitutet (AMI) har sina lokaler i Visby.

Regeringen har under 1990-talet uppmärksammat att många människor med långvarig och komplex problematik lätt hamnar i en gråzon mellan myndigheterna. Ingen myndighet har det hela ansvaret. Det kan leda till en rundgång mellan systemen med många gånger kortsiktiga och ineffektiva insatser som följd. Därför ser man ett stort behov av att utnyttja samhällets samlade resurser effektivare för att bättre kunna tillgodose enskilda människors behov.

Gotland har under samma decennium deltagit i samtliga tre samverkansförsök som regeringen initierat av ovanstående anledning: FINSAM, SOCSAM och FRISAM.

I SOCSAM-projektet på Gotland samarbetar, genom finansiell samordning, Gotlands kommun med socialtjänsten, hälso- och sjukvården och Försäkringskassan. Försöksperiod 1997-01-01 till 2000-12-31. SOCSAM har sin tyngdpunkt på sysselsättning, medicinsk/social rehabilitering och behandling. Huvudsyftet är genomföra insatser för rehabilitering och förebyggande åtgärder som förhindrar att människor slå ut från arbetslivet eller utestängs från ett socialt liv.

I FRISAM-projektet är Gotlands kommun, Försäkringskassan och Länsstyrelsens arbetsmarknadsenhet de samarbetande parterna. Försöksperiod 1999-01-01 till 2000-12-31. Det lokala övergripande målet är att skapa effektiva samverkansformer mellan de olika rehabiliteringsaktörerna, som eliminerar ineffektiv rundgång mellan myndigheterna inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. (Bergius, 1999)

4.3. Erfarenheter från lokala studier om samverkan och inflytande

Hur stort var dåbehovet av förbättrade insatser för medborgare på Gotland som sökt sig till myndigheterna för att få hjälp och stöd? Hur såg den verklighet ut, inom vård- omsorgs- och rehabiliteringsområdet, inom vilken GIH-projektet skulle försöka implementera en ny metodik för socialt förändringsarbete? Vilken medvetenhet och kunskap fanns om den problematik som det var GIH-projektets intention att hitta lösningar till?

För att skaffa sig bättre kunskaper om den aktuella situationen i kommunen avseende insatser för medborgare i behov av särskilda behandlings- och stödinsatser, har ett antal inventeringar och studier initierats inom SOCSAM-försökets ram och genomförts under 1997-1999. Det var dels fyra helt lokala studier och dels en lokal studie som ingick i den centrala utvärderingen av SOCSAM. Dessa visar på stora inslag av dubbelarbete, komplexa problemställningar, brister i samverkan mellan myndigheter och litet individinflytande

• En förstudie till SOCSAM Gotland (Ardell Jacobsson, 1997), visar med stor tydlighet hur vanligt det är att personer med problem ofta är aktuella vid två eller flera myndigheter: 21% av alla sjukskrivna kvinnor på Gotland födda mellan 1941 och 1974 (578 personer 1996) var samtidigt både arbetslösa och sjukskrivna, motsvarande siffra för män (413 personer) var 17%. Hälften av dessa var aktuella hos arbetsförmedling/AMI. 46% av de sjukskrivna, arbetslösa kvinnorna (129 personer) var även under 1996 aktuella hos socialtjänsten, motsvarande siffra för män (70 personer) var 47%.

• En annan studie inom SOCSAM Gotland (Ardell Jacobsson, 1998) visar också på behovet av samverkan. Handläggarna vid Försäkringskassa, Arbetsförmedling/AMI och Socialtjänsten (49 personer av 76 tillfrågade) hade besvarat en enkät.

De uppgav angående *förekomst och behov av samarbete* att:

- I många ärenden saknades en helhetsbild av den sökandes behov
- Samverkan behövs inte i alla ärenden
- Samverkan i någon form förekom i knappt hälften av alla ärenden
- Myndighetsgemensamma handlingsplaner för den enskilde fanns bara i ett fåtal ärenden

Handläggarna förmodade att samverkan ger följande *vinster*:

En högre grad av samverkan i ett flertal ärenden tror man skulle möjliggöra ett bättre rehabiliteringsresultat. Man trodde också att samverkan skulle ge tidsvinster, snabbare handläggning, mindre risk att klienten skulle bli "bollad" mellan olika enheter, bättre anpassade insatser och hjälp på rätt nivå. Man talade också om att det innebär mindre möjlighet för klienterna att spela ut olika handläggare mot varandra.

Angivna *hinder* för samverkan:

- Olika målsättningar och synsätt
- Olika regelverk
- Tidsbrist
- Sekretess

Avslutningsvis sammanfattas resultatet av undersökningen med att

”de flesta svarande handläggarna ställer sig positiva till att utveckla mer samverkan kring klienterna för att förhindra att någon ”ramlar genom näten”. Man menar att det är viktigt att utveckla ett gemensamt synsätt. Några frågar efter gemensamma utbildningar eller samverkansdagar mellan myndigheterna”.

• I en kartläggning kring samverkan (Andersson-Linder, 1999:a) undersöktes i vilken grad och form samverkan kring rehabiliteringsfrågor skedde i olika samverkansgrupper. 28 av 36 tillfrågade basenhetschefer/motsvarande har besvarat en enkät. Ett stort antal samverkansgrupper redovisades både inom och mellan förvaltningar/myndigheter. Syftet med samverkansgrupperna kunde vara att handläggare/behandlare/chefer träffades för ömsesidigt informationsutbyte och för att lära känna varandra och de regler och mål som styr verksamheterna. Men det kunde också vara att lösa problem kring gemensamma klienter, dock utan deras medverkan.

• Den av Benny Hjerm ledda ”För vem”-studien eller ”Organiseringsstudien” på Gotland (Andersson-Linder, - Löfgren, 1999) beskrev processen för personer i fem ”för vem”-grupper som har kontakt med många rehabiliteringsaktörer (rygg/nackepatienter, missbrukare, unga arbetslösa, unga ensamstående mammor, personer med psykiska problem). Sammanlagt intervjuades 105 brukare och 73 aktörer i Gotlands-studien.

Viktiga fynd i studien var att:

- Flertalet intervjuade brukare hade en komplex problematik och hade haft kontakt med i snitt mellan fem och åtta olika aktörer i sin rehabiliteringsprocess.
- Samverkan förekom sällan mellan aktörerna. De få undantag som förekommit var mycket uppskattade av brukarna.
- Valmöjligheterna att söka hjälp hos privata vårdgivare liksom hos självvalda behandlare var mycket begränsade.
- Rehabiliteringsplaner med tydliga målsättningar och plan för uppföljning förekom sällan.
- Bemötandet och känslan av att ha blivit lyssnad på och tagen på allvar var viktigare än den metodik som användes.

• En studie av brukarinflytande i vid tre myndigheter (försäkringskassa, kommunens handikappavdelning och individ- och familjeomsorg/ekonomi) på Gotland ur personalens perspektiv (Andersson-Linder, 1999:b) visade att inflytandefrågorna hade störst utrymme i diskussioner och utbildning vid handikappavdelningen. Där bedömde man också brukarnas möjlighet till inflytande som större än vad personal vid de andra enheterna gjorde. Som hinder för brukarinflytande angavs lagar och verksamhetsmål, brist på tid för varje klient och att den sökande inte alltid vet själv vad som är bäst. Kunskap om olika alternativ, egna initiativ och deltagande i beslutsprocessen ansågs öka brukarnas möjlighet till inflytande.

Sammanfattningsvis kan, utifrån dessa beskrivna lokala studier, följande fenomen noteras i det sociala förändringsarbete som bedrivs hos de samverkande myndigheterna:

- Många brukare har en komplex problembild
- En helhetsbild av de sökandes behov saknas i många fall
- Tid och utrymme saknas ofta för att sätta sig in i den enskildes situation ordentligt
- Individens ställning och inflytandefrågor är sällan föremål för diskussioner eller tas upp i utbildning.
- Samverkan förekommer där flera parter är involverade, men sällan tillsammans med individen.
- Myndighetsgemensamma handlingsplaner för den enskilde förekommer mycket sällan.

- Handlingsplaner görs oftast tillsammans med individen.
- Uppföljning av ärenden sker inte rutinmässigt.

Kunskaperna från dessa kartläggningar och studier på Gotland bäddade under för GIH-projektets framväxt.

4.4. GIH-projektet växer fram

Tanken på att pröva en ny metod i rehabiliteringsarbete i form av Gemensamma Individuella Handlingsplaner har successivt växt fram på Gotland.

Hösten 1997/våren 1998 pågick ett arbetsträningsprojekt inom SOCSAM, ”Kneippbyn-projektet”, som, trots av handläggare stora uppgivna behov, inte lyckades rekrytera deltagare (Johansson, 1998). Detta ledde till att en person vid SOCSAM-kansliet våren 1998 samlade en grupp om cirka 15 handläggare från de samverkande myndigheterna (socialtjänsten, försäkringskassan och länsjukvården) samt arbetsförmedling/AMI för att diskutera orsakerna. Genom kartläggningarna och studierna inom SOCSAM’s ram på Gotland blev också behovet av både myndighetssamverkan och fördjupade kunskaper om individernas behov uppenbara. Trots de påpekade bristerna inom myndigheterna kom dock inget aktivt förändringsarbete i gång i i handläggargruppen i det skedet. Det var först när FRISAM’s projektledare på Gotland, i samverkan med SOCSAM, började träffa handläggargruppen vintern 1999, som arbetet tog fart. De utvecklingsområden som då identifierades och prioriterades var:

1. Behov av en obruten rehabiliteringskedja mellan myndigheterna
 - a) Gemensamma rehabilitering-/handlings-/arbetsplaner för den enskilde
 - b) Stort behov av arbetsträningsplatser av hög kvalitet
1. Behov av ökad kunskap om de olika myndigheternas uppdrag och verksamhet (kunskapsöverföring)

Den stora handläggargruppen delades efter egna val upp i två mindre grupper med uppdrag att utveckla punkterna 1a) och 1b). Båge grupperna fick ett gemensamt ansvar för kunskapsöverföringen. Den första gruppen kallade sig ”behovskartläggningsgruppen” och skulle arbeta med en gemensam rehabiliterings-/handlings-/arbetsplan för den enskilde och den andra gruppen skulle arbeta med övergripande arbetsträningsfrågor i kommunen. I fokus för de båda gruppernas arbete stod utveckling av samverkan mellan myndigheter kring den enskilde och dennes behov.

I denna uppsats har jag valt att följa ”behovskartläggningsgruppen”, senare ”GIH-gruppen”, i deras arbete, tillsammans med sin projektledare, tillika FRISAM’s projektledare. Gruppen skulle arbeta för att nå fram till en hållbar modell och metod för att ge god hjälp till personer med svår problematik och många myndighetskontakter.

Parallellt under hösten 1999 och fortfarande våren 2000, pågår det andra prioriterade utvecklingsområdet, ”Kunskapsöverföring mellan myndigheter”, rum i form av en rad café-möten . Men har också genomfört en hel kunskapsöverföringsdag.

GIH-projektets ramar

Informationen hämtat från minnesanteckningar från GIH-gruppens möten, projektledarens 4-poängsuppsats (Bergius, 2000) samt eget deltagande.

4.5.1. Planering

Deltagare:

Handläggargruppen för gemensamma individuella handlingsplaner eller ”GIH-gruppen” har bestått av mellan sju till åtta handläggare från socialtjänstens individ- och familjeomsorg (ekonomihandläggare), försäkringskassan (rehabiliteringshandläggare), arbetsförmedling, arbetsmarknadsinstitut/AMI samt psykiatrins öppenvårdsenhet. Gruppens deltagare har valt, utifrån eget intresse, att delta i detta projekt. Projektet startade i slutet av våren 1999 under ledning av en projektledare.

GIH-projektets syfte och mål

Syftet med GIH-projektet är formulerat av projektledaren:

Att pröva en ny arbetsmetod genom vilken myndigheterna ska kunna genomföra en rehabiliteringskedja utan avbrott.

Att identifiera fördelar och nackdelar med den nya arbetsmetoden.

Målet är att samtliga handläggare inom respektive myndighet provar minst en handlingsplan och identifierar vad som har fungerat bra respektive mindre bra.

Målgrupp är lika med FRISAM Gotlands målgrupp: Personer mellan 16-64 år och som har kontakt med minst två myndigheter i sin rehabilitering. Han/hon ska upp bära någon form av försörjningsstöd, samt vara långtidsarbetslös (> 6 månader).

Projektets planering

Projektet skulle pågå under ett år. Upplägget har planerats av projektledaren utifrån ett kvalitetsutvecklingstänkande. Hennes utgångspunkt är ”Demings kvalitetscirkel PDSA ”= Planering – Göra- Studera – Lär/justera (Senge, 1995). Den utgår från ett systemiskt tänkande och har stora likheter med deltagarorienterad forskning och forskarstödda processer (Starrin, 1993) Detta är samtidigt ett kvalitetsutvecklingsprojekt, och beskrivs i ett projektarbete, 4 poäng, vid KTH/Gotlands kommun. (Bergius, 2000)

GIH-projektet skulle innehålla följande fyra faser:

- 1. Planeringsfas** (sex månader)
- 2. Görandefas** (tre månader)
- 3. Utvärderingsfas** (två månader)
- 4. Lärandefas** (en månad)

Fas 1: Fem möten var inplanerade i denna fas. Den skulle innehålla problemlösningsidentifiering, problemprioritering, utformning av metod samt riktlinjer för genomförandet.

I denna fas skulle gruppen tillsammans med projektledaren arbeta fram en metod med syfte att förhindra ineffektiv rundgång mellan myndigheter. Fokus låg på att utveckla samverkan. Efter sex månader borde metoden vara sågenomtänkt och klar att den var möjlig att pröva i verkligheten.

Som metod för formulerandet av handlingsplanen valde man att arbeta "lösningfokuserat". I en introduktion till metodiken "*Lösningssinriktat förändringsarbete*" (Hjert, s.1), beskrivs arbetssättet i korthet så

- Utforma en bild av hur en realistisk lösning ser ut
- Vaska fram de lösningar på problem som redan finns, om än i outvecklad form
- Maximera samarbetet mellan berörda parter, samtidigt som olikheter i synsätt förvandlas till en tillgång snarare än ett hinder
- Utnyttja kraften i genuint beröm och uppskattning
- Bygg upp måsättningar som är konkreta och realistiska. Samtidigt som de är attraktiva – vilket garanterar motivation.

Fas 2: Tvåmöten var inplanerade för denna fas; ett efter en månads prövande av metoden och ett avslutande möte med samtidig utvärdering. Metoden testas i tre månader och målet var att varje handläggare i gruppen genomför minst en plan.

Fas 3: Efter provtiden utvärderas metoden av handläggarna.

Fas 4: Vid ett avslutningsmöte samlas erfarenheterna in. Om det fordrades skulle därefter metoden omarbetas för att bättre fylla de behov man sett.

Resultatet av GIH-gruppens arbete skulle sedan redovisas för FRISAM's ledningsgrupp. Projektledaren ville därigenom erhålla ett beslut om hur resultatet och kunskaperna om GIH-metoden borde användas i framtiden i kommunen. Det önskade läget var att implementera metoden som en metod i det fortlöpande praktiska sociala förändringsarbetet i och mellan myndigheterna.

4.5.2. "Min handlingsplan"

Dokumentet "Min handlingsplan" som använts i GIH-projektet har en brukardel och en handläggardel. I brukardelen fyller brukaren själv i under respektive rubrik. Handläggardelen delas ut till deltagande parter i samverkansmötet som en information om GIH:s syfte, i vilka fall den ska användas samt vem som ska initiera att en GIH görs.

Brukardel

"Min handlingsplan"		1999-11-18
Namn:		
Kontaktpersoner:		
.....		
Medgivande:	OK	f
Må – Vad/vart vill jag (önskat läge)		
Dagens datum:.....		
.....		
.....		
Delmå (hur)	Datum:.....	
Delmå 1		
Vad behövs för att lyckas:.....		
.....		
Vem gör vad:.....		

.....
Om det inte lyckas – vem gör vad:.....
.....

Delmål 2

Vad behövs för att lyckas.....
.....

Vem gör vad.....
.....

Om det inte lyckas – vem gör vad.....
.....

Vem ansvarar för insatser/ekonomin
.....

När och vem ska träffas nästa gång
.....

Underskrift av samtliga som är delaktiga i planen

Handläggardel

1999-11-22

Varför en individuell handlingsplan?

Det viktigaste är att:

- Planen skall vara enkelt utformad och innehålla kortfattade noteringar om det viktigaste
- Planen skall vara målinriktad
- Planen skall vara individens egen, dvs det är individen som avgör om den ska upprättas. Det är också individen som själv har planen hos sig själv.
- Planen skall underlätta för den enskilde i kontakterna med olika samhällsinstanser och minska behovet av många kontaktytor för den enskilde
- Planen skall vara ett hjälpmedel för samtliga involverade aktörer att se till individens totala behov av stöd och hjälp från samhällets olika aktörer
- Planen ersätter inte den journalföring/annan dokumentation som skall föras av respektive myndighet

När ska en plan upprättas?

En plan skall upprättas:

- Då den som individen möter, finner att det finns behov av insatser från andra instanser, inom eller utanför den egna verksamheten

- Dåden som individen möter, finner att det krävs samordning av pågående insatser utanför den egna verksamheten

Vem upprättar planen?

Planens upprättande initieras av den som i sin profession först ser att ett behov finns, upprättandet sker tillsammans med individen. Planen är ett instrument som ständigt ska förändras och vara aktuell utifrån individens olika kontakter.

Kartläggning i myndighet nr 1 ⇒ Formulera mål i planen ⇒ Plan för genomförande ⇒ Följa upp

Processkartläggning av genomförande av gemensam individuell handlingsplan

4.6. GIH-handläggarnas uppdrag i det sociala förändringsarbetet

Lagstiftning, betänkanden och lokala verksamhetsmål styr i hög grad GIH-försökets handläggare i försäkringskassans, socialtjänstens, hälso- och sjukvårdens och arbetsmarknadsverkets verksamheter. Samverkan, individinflytande och handlingsplanering beskrivs olika och har olika tyngd avseende de olika myndigheternas ansvarsområden.

Samverkan:

Försäkringskassan, genom AFL (Lagen om allmän försäkring, SFS 1962:381), och socialtjänsten, genom SoL (socialtjänstlagen, SFS 1980:620), har de tydligaste direktiven om samverkan. Försäkringskassan ska enligt AFL samverka med andra myndigheter och arbetsgivare m.fl. i rehabiliteringsarbetet, under förutsättning av att den försäkrade medger det. Vikten av samverkan betonas även i ett statligt regleringsbrev, *Vision 2005* (Riksförsäkringsverket, 2000).

I SoL finns en formulering som stämmer väl in på GIH-metoden:

”Socialnämndens insatser för den enskilde skall utformas och genomföras tillsammans med honom och i samverkan med andra samhällsorgan och med organisationer och föreningar.”
(9§)

I de lokala verksamhetsmålen för socialtjänsten i Gotlands kommun(1997-1999) nämns behovet av samverkan sparsamt, men finns beskrivet i ett av produktionsmålen för Individ- och familjeomsorg.

De aktuella samverkande parterna i GIH får också enligt både SoL och HSL (hälso- och sjukvårdslagen, SFS 1982:763) träffa avtal om samverkan i syfte att effektivare använda tillgängliga resurser. I de lokala verksamhetsmånen för hälso- och sjukvården på Gotland (1997-1999) omnämns samverkan inom egen organisation. Arbetsförmedling/AMI kan, enligt Arbetsmarknadspolitiska kommitténs betänkande SOU 1996:34:

”bilda en samverkansorganisation på lokal nivå för planering och beställning av rehabiliterings- och andra arbetsförberedande insatser”.

Inflytande:

Brukarnas rätt till inflytande och delaktighet beskrivs olika i de aktuella dokumenten:

- Man ska samråda med den enskilde i rehabiliteringen (AFL)
- ”Verksamheten ska bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet” . dock med ”skälig hänsyn” till individuella önskemål (SoL). I senaste versionen av SoL har även god kvalitet förts in, varmed man bland annat avser den enskildes inflytande, rättssäkerhet och ett gott bemötande. I vårdnämndernas lokala övergripande inriktningsmål betonas respekten för människor och deras självbestämmande och integritet.
- I HSL betonar man alla människors lika värde och respekten för patientens självbestämmande och integritet.

”Vård och behandling ska så långt som möjligt genomföras i samråd med patienten”. (§

- I rapporten *Arbetsmarknadsverket i 2000-talet* (Arbetsmarknadsstyrelsen, 2000) förutser man ett utökat behov av individuell service till de grupper av individer som har svårt att komma in på den reguljära arbetsmarknaden.

Den enskildes rätt att överklaga beslut skiljer sig åt. Alla beslut enligt AFL kan överklagas hos allmän förvaltningsdomstol. Det gäller bara vissa beslut enligt SoL och inga enligt HSL. Beslut som fattas av arbetsförmedling/AMI kan inte överklagas.

Behandlingsplanering:

Försäkringskassan har enligt AFL skyldighet att vid behov upprätta en rehabiliteringsplan. Där ska det framgå vilka åtgärder som är aktuella, vilka som ansvarar för vad, tidsplan och beräknade kostnader. Försäkringskassan har ansvar för uppföljningen. Vid behov ska man även samverka med andra; specialister, vårdgivare, arbetsgivare

I SoL om nämns inte specifikt kravet på en behandlingsplan. Men socialtjänstens insatser ska vara av god kvalitet (7a§). I en skrift från Socialstyrelsen, *Behandlingsplanering inom socialtjänsten* (1988:16) ges råd om hur en behandlingsplanering av god kvalitet kan gå till (i sammandrag):

Behandlingskonferenser bör ske kontinuerligt för planering av vård och omsorg tillsammans med de som kan vara involverade. Klientens eget deltagande i konferensen är inte självklart, utan får bedömas från fall till fall. Det är dock viktigt att i förväg ta reda på klientens önskemål och i efterhand informera om tagna beslut. Konferensen bör innehålla bakgrundsbeskrivning av klienten och tidigare vidtagna åtgärder, beslut om insatser och ansvarsfördelning. Även alternativplaner samt plan för uppföljning är viktiga delar.

Behandlingskonferenser bör alltid hållas vid viktigare förändringar i behandlingen.

HSL har en paragraf (3b§) som säger att rehabilitering och habilitering ska planeras i samverkan med den enskilde och att det ska framgå av planen vilka insatser som planeras och som blivit beslutade.

Arbetsmarknadsmyndigheterna har krav på sig att göra handlingsplaner för återgång till arbete för den enskilde, utifrån en kartläggning av behov och problem. I arbetsmarknadsverkets rapport (2000), ”Arbetsmarknadsverket i 2000-talet”, står att verksamheten ska bygga på deltagarnas egna initiativ och individuella jobbsökarplaner för var och en.

4.7. Utvärderingar om samverkan

GIH-handläggarna på Gotland är inte ensamma i landet att pröva nya metoder för socialt förändringsarbete med utgångspunkt från samverkan. Flera större och mindre samverkansförsök pågår eller har pågått runt om i landet och många har utvärderats i någon form. Nya former för behandlingsplanering förekommer och samarbete i team är vanligt numera. Individens delaktighet är ibland en viktig beståndsdel i metodiken. Nedan följer en provkarta på aktiviteter och utvärderingsresultat, men först sammanfattas de utvärderingar som gjorts hittills av FINSAM- och SOCSAM-försöken. Genomgående studerar jag extra hur individinflytande beskrivs och betonas.

- Resultaten av FINSAM-försöket är, utifrån en slutrapport (Riksförsäkringsverket - Socialstyrelsen 1997:1), att försöket ledde till förbättrade villkor för individerna med minskad sjukskrivning, arbetslöshet och socialbidrag samtidigt som detta gett en rad samhällsekonomiska positiva effekter. Det ekonomiska resultatet har varit gott i fyra av de fem försökslänen. Utvecklingen av ohälsotalet (summan av antalet ersatta dagar med sjukpenning mm räknat per individ med rätt till ersättning enligt AFL) i FINSAM-områdena har varit klart bättre än i riket som helhet. Hälso- och sjukvårdens kostnader anses dock inte nämnvärt ha påverkats av FINSAM-försöket. Däremot drar man slutsatsen att sjukvården effektiviserats, grundat på utvärderingsresultatet som visar att trots att de yrkesverksamma något har prioriterats i försöket så har inte andra grupper erhållit sämre vård.

- Eftersom försöksverksamheten med SOCSAM och FRISAM-aktiviteterna fortfarande pågår kan man inte dra några slutgiltiga slutsatser av dessa. Däremot har ett omfattande kartläggnings- och inventeringsarbete gjorts i samtliga försöksområden. Befolkningens behov har därigenom tydliggjorts för personal och politiker. I flera fall har detta lett till att grupper av individer har prioriterats. För att undersöka om detta leder till andra invånare i området får sämre tillgång till omsorg, vård och service, följs utfallet för hela befolkningen i utvärderingen. Socialstyrelsen har dock hittills sett, via delutvärderingar, att samverkan skapar vinster för den enskilde. Viktiga faktorer i detta är att den enskilde ges större möjligheter till egna initiativ, att yrkesrollerna utvecklas och att kvaliteten ökar. Samverkan skapar ett lärande hos specialister men kräver också nya förhållningssätt och nya former för styrning. Man tror att samverkan ger minskade kostnader för samhällsekonomin, men kanske inte för enskilda samverkande myndigheter eftersom dessa ofta utgår från sektorsintressen.

(Ur ”Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1998:4 och 1999:4)

- Runt om i landet har de senaste åren pågått (och pågår) en rad olika samarbetsprojekt mellan olika myndigheter. Se till exempel SOU 1996:85. ”Egon Jönsson – en kartläggning av lokala samverkansprojekt inom rehabiliteringsområdet”. Däri redovisas inte mindre än 140 pågående samverkansprojekt. Teamarbete är ofta en viktig beståndsdel i dessa. Projekten har som regel utvärderats i någon form. Ett av projekten har utvärderats av Centrum för socialförsäkringsforskning

vid Mitthögskolan (CSF): ”Betaprojektet” i Kungsbacka kommun. Det har pågått mellan 1996-1998 och utvärderades efter ett år. Betaprojektets övergripande målformulering är *samordnad handläggning, gemensam grundsyn och egen försörjning*. De samverkande myndigheterna var i första hand arbetsförmedlingen, arbetsmarknadsinstitutet, försäkringskassan, socialtjänsten och primärvården. Utvärderarna pekade framför allt på värdet av den samtida handläggningen av flerpartssamtal tillsammans med ”brukaren”. Betydelsen av individens inflytande markeras inte särskilt. Flera svårigheter med samverkan uppmärksammas i utvärderingen, bland annat bristande kunskaper om samverkande myndigheters kompetens, tydlig rundgångproblematik, konflikter mellan regelsystemen, olika definitioner av centrala begrepp och sekretess. (Jacobsson m.fl., 1997)

• Ett annat samverkansprojekt, stött med FINSAM-medel, var ”Ryggteamet” på Gotland. (Andersson-Linder, 1997). I ett team bestående av läkare, sjukgymnast och psykolog gjordes utredning och bedömning av personer med rygg/nackeproblematik. Genom att vid behov koppla in aktörer från lasarett, socialtjänst, försäkringskassa, arbetsmarknad, friskvård mm vid flerpartsamtal och enskilda åtgärder, försökte man åstadkomma en effektiv rehabilitering. Rehabiliteringsresultatet blev gott och likasårönte helhetssynen och flerpartsamtalen stor uppskattning av deltagarna. Individernas egen upplevda delaktighet vid behandlingen hade ökat i Ryggteamet jämfört med tidigare insatser.

• I projektet ”Rehabilitering i samverkan mellan sjukhuset, primärvården och socialtjänsten i Luleå och Boden” (Larsson, 1998), har man använt sig av modellen ”Min vård- och rehabiliteringsplan”, som ska följa patienten. Av de 48% av personalen som använt dokumentet ansåg närmare hälften att det fungerat bra. Anledningen till den begränsade användningen uppges vara: Brist på vana och rutin att använda dokumentet då man har andra arbetsinstrument, tidsbrist, bristande erfarenhet och kunskap i att sätta mål. Få ansåg att det fungerade bra att sätta upp mål. Det var svårt att hitta och skilja ut vad som var meningsfullt mål för patienten. Det kräver tid och att man tar hänsyn till personens integritet. Alla var inte heller lika delaktiga i målsättningsproceduren. Olika yrkeskategorier hade olika synsätt på rehabiliteringen.

• *Individualiserade ServiceProgram, ISP*

ISP är en arbetsmodell för familjecentrerad habilitering. (Larsson- Nilsson, 1999, ss. 13-20). Fyra grundprinciper är centrala i ISP:

1. Att man bildar ett individualiserat team kring barnet/familjen
2. Att man utgår från barnets behov (snarare än organisationens resurser)
3. Att man arbetar förvaltningsövergripande
4. Att man målstyr insatser

ISP-teamet väljs av familjen/brukaren utifrån de personer som finns runtomkring dem med ansvar för olika hjälpinsatser. En särskild kontaktperson utses av familjen. Team-arbetets två centrala faser är: 1. Kartläggning av behovssituationen och 2. Uppläggning av individuell plan. Planen består av en målformulering och en plan för att arbeta mot målet. Långsiktiga mål bryts ner i etappmål. Målen ska vara utvärderingsbara. Vid en utvärdering av modellen där man jämförde resultaten från familjer med ISP med familjer utan ISP hade ISP-familjerna genomgående högre värden på frågorna. Dessa gällde samarbete, information, helhetssyn, bemötande och inflytande. Särskilt signifikanta var svaren angående inflytande. Modellen används för en mindre grupp familjer på barn- och ungdomshabiliteringen Birka på Gotland.

• Anna-Lena Dahlqvist (Dahlqvist, 1995) har gjort en undersökning av samarbetets betydelse i rehabiliteringen av långtidssjukskrivna. I ett tvärvetenskapligt sammansatt rehabiliteringsteam finner hon att det kan vara svårt att nå konsensus om brukarens problembild och hjälpbehov. Hur mycket är ”kropp” och hur mycket är ”själ”? ”Starka” teammedlemmars åsikter kan styra insatserna. Det krävs att personkemin i ett team stämmer, att man delar vissa gemensamma värderingar och har en bra organisering. Men, som slutord vill författaren

” understryka att min egen erfarenhet av teamarbete, ofta fått mig att tvivla på teamets obegränsade möjlighet att påverka och ta ansvar. Jag kan, å andra sidan, inte heller finna något bättre arbetssätt utifrån vilket hälso- och sjukvård skall bedrivas”

5. METOD

5.1. Utvärderaren

5.1.1. Bakgrund

Jag själv är huvudansvarig för denna utvärdering. Min grundinställning har jag i Gotlands kommun där jag varit anställd sedan 1974. Jag har arbetat som socialsekreterare och kurator i olika verksamheter men främst på handikappområdet. Från 1995 har jag gjort utvärderingar av olika projekt och verksamheter i kommunen, framför allt inom handikappområdet och socialtjänsten, men även inom aktiviteter som flera myndigheter varit involverade i.

5.1.2. Uppdrag

Sedan våren 1997 är mitt uppdrag att vara utvärderingsansvarig för det lokala SOCSAM-projektet på Gotland. Det innebär att utvärdera hela projektet gentemot de mål som satts upp och dels att tillse att samtliga delaktiviteter blir utvärderade på samma sätt och med enhetliga, hållbara och giltiga metoder. FRISAM-projektet på Gotland har ingen särskild lokal utvärderare utsedd men utvärderas nationellt.

Jag har inte något klart uttalat uppdrag att genomföra just denna utvärdering. Det bygger mycket på ett eget intresse och en upplevd nytta av att, inom mitt övergripande utvärderingsansvar för SOCSAM Gotland, närmare följa och studera något pågående samverkansprojekt. Därigenom fick jag möjlighet att generellt se på metoder för samverkan och dess effekter ur både handläggare- och brukarperspektiv. Dessutom gav det mig möjligheten att följa en grupp handläggare från fyra olika myndigheter och deras arbete för att komma fram till metod för samverkan. En önskan inför denna utvärdering kom dock från en chef vid en av de involverade myndigheterna i FRISAM och SOCSAM; försäkringskassan. Han betonade vikten av att se på GIH-försöket både ur ett handläggare- och ett brukarperspektiv och önskade därför att brukarna tillfrågades om de upplevde

GIH som en bra metod. Eller ansåg de att den var tidskrävande eller kanske till och med integritetskränkande?

Intressenter i denna utvärdering är:

- Handläggare på rehabiliteringsområdet och i socialt arbete på Gotland samt deras ansvariga chefer och politiker. Både förbättrade och effektivare arbetsmetoder och en bättre resursanvändning eftersträvas härvidlag.
- Brukare. Naturligtvis är det min önskan att resultaten av denna utvärdering ska komma personer på Gotland med behov av rehabilitering och andra sociala insatser till godo i form av förbättrade metoder och arbetssätt som leder till bättre livssituationer och hälsa.
- Särskilda intressenter på Gotland är FRISAM's styrgrupp, projektgrupp och handläggargrupper samt SOCSAM-nämnden och SOCSAM's beredningsgrupp.
- Nationella intressenter är Socialstyrelsen och Riksförsäkringsverket som ansvariga för nationell utvärdering av SOCSAM och FRISAM men även Arbetsmarknadsstyrelsen som delansvariga för utvärderingen av FRISAM. De samlade erfarenheterna från samtliga försöksområden syftar till att stimulera förbättrat resursutnyttjande genom samverkan på rehabiliteringsområdet med målet att ge enskilda bättre rehabilitering, hälsa och livskvalitet.

5.2. Vad ska utvärderas?

Föremål för min utvärdering är en metod för socialt förändringsarbete; *Gemensam Individuell Handlingsplan (GIH)*. Den har diskuterats fram, utformats och prövats av en handläggargrupp i ett lokalt projekt på Gotland inom FRISAM's ram: *GIH-projektet*.

Genom att använda denna metod vill man försöka uppnå en obruten rehabiliteringskedja mellan samverkande myndigheter. Målgrupp är personer med flera myndighetskontakter, som uppbär någon form av försörjningsstöd och samtidigt är långvarigt arbetslösa.

5.3. Metodval

I denna uppsats har jag försökt anta ett hermeneutiskt - fenomenologiskt förhållningssätt. Utifrån min förförståelse och relevanta teorier försöker jag tolka och förstå fenomen jag iakttar i denna undersökning.

Vid utvärderingen av metoden Gemensamma Individuella Handlingsplaner har jag utgått från ett givet problemområde. Det har definierats i en regeringsproposition (1996/97:63), "FRISAM", som att många människor med svåra och långvariga problem lätt kan hamna i en gråzon mellan olika myndigheter och ersättningsystem på grund av att problembilden inte renodlat faller inom någon myndighets ansvarsområde. Detta kan leda till en rundgång mellan myndigheter, vilket ofta ger kortsiktiga och ineffektiva insatser. Det finns därför ett behov av ett bättre resursutnyttjande för att bättre kunna tillgodose enskildas människors behov av stödåtgärder.

Med hjälp av för problemområdet relevanta teorier och en empirisk undersökning har jag försökt tolka och förstå fenomenet som står i fokus för mitt intresse; GIH, vars intention är att förbättra den beskrivna problembilden. Min egen förförståelse utifrån min långa erfarenhet som socialarbetare är därvid betydelsefull. Jag vill undersöka hur användarna av metoden, i det här fallet både handläggare och brukare, ser på dess relevans för att lösa de angivna problemen. Vilka svårigheter och tillgångar

kan metodens tillämpning innebära? Jag har därvid använt mig av kvalitativ forskningsmetod (Robson, 1998) (Svensson – Starrin, 1996) och ett deltagarorienterat förhållningssätt (Starrin, 1993).

Utifrån ett antagande att utformningen och tillämpningen av metodens tre delar; Gemensam/samverkan, Individuell/individperspektiv och Handlingsplan/handlingsplanering alla har betydelse för metodens användbarhet och möjlighet att lösa problem, har datainsamlingen och resultatredovisningen varit fokuserat på både dessa tre delar och på helheten.

5.4. Deltagarbaserad utvärderingsforskning; en översikt.

Huvudprincipen för deltagarorienterad forskning, *Participatory research*, är, enligt Bengt Starrin (Starrin, 1993), att vanliga människor deltar i forskningsprocessen. Det är en ung forskningsmetod, som lanserades efter andra världskriget. Den grundläggande idén var att ”de människor som har anledning att vidta förändringar måste involveras i forskningsprocessen redan från början”. De kommer då att vara mer motiverade för ett förändringsarbete och känna sig mer ansvarig för att det sker. Genom detta ökar de också sin personliga kompetens. Detta synsätt representerar den mer nyttoorienterade grenen av *participatory research*. Den finns också en ideologiskt och politiskt orienterad gren, som bland annat syftar till att möjliggöra makt och inflytande för utsatta grupper. I den feministiska inriktningen har begreppet metvetandegörande en central roll.

Utmärkande för deltagarorienterad forskning är att forskare och praktiker möts i en dialog. Genom dialog och gemensamt arbete bör kunskapen och förståelsen av det aktuella problemet berikas. Samtidigt utvecklas ett kritiskt tänkande och allt detta bör underlätta ett gemensamt förändringsarbete.

5.5. Förundersökning om problemområdet

För att ringa in och skaffa mig en uppfattning om det *problemområde* av vilket det fenomen jag avser att studera och utvärdera är en del, har jag tagit fram en del fakta. För detta har jag använt mig av min egen lokala kunskap om Gotland samt en rad dokument, rapporter och skrifter. Jag beskriver först GIH:s idé och kontextuella förutsättningar för att sedan ge en översikt av de lokala studier som jag bedömer ha betydelse för GIH-projektets tillblivelse. Sedan ger jag en bild av GIH-projektets bakgrund och framväxt följt av en beskrivning av dess planering och genomförande. Genom att gå igenom lagtexter och verksamhetsmål, beskriver jag GIH-handläggarnas myndighetsuppdrag avseende de tre områden som jag anser vara väsentliga för utvärderingen; samverkan, individinflytande och delaktighet samt handlingsplanering. Förundersökningen avslutas med att presentera utvärderingar av ett antal projekt i landet där framför allt samverkan står i fokus, men också där nya former av behandlingsplanering med individperspektiv prövas. Problemområdet presenteras i kapitel 4.

5.6. Könsperspektiv

Jag har inte anlagt något könsperspektiv på denna utvärdering. Däremot kan jag endast konstatera att det enbart var kvinnor som deltog i handläggargruppens arbete. Samtidigt är det till stor del kvinnor i deras hemorganisationer. De intervjuade brukarna var till största delen män, trots att en undersökning (Ardell Jacobsson, 1997) visade att det var något fler kvinnor som män som borde uppfylla kriterierna för målgruppen. Dock var populationen så liten och urvalet inte strategiskt gjort att jag inte

anser att det går att dra några slutsatser av detta. Om vilket resultat undersökningen skulle ge om könsfördelningen varit de omvända eller mer jämlika kan man bara spekulera.

5.7. Utvärderingens genomförande

5.7.1. Deltagarbaserad forskningsmetod

Som utgångspunkt för min utvärdering av GIH-metoden har jag använt Deltagarorienterad forskningsmetod (se 5.4.). Redan innan jag själv kom in i GIH-projektet som utvärderare hade arbetet präglats av en tydlig medverkan av handläggare från myndigheter som bedriver socialt förändringsarbete. Samma förhållningssätt har följt projektet från dess idéstadium till dess mer formella start. Initialt sammankallades en grupp handläggare från fyra olika myndigheter för att diskutera orsaker och finna lösningar på ett uppstått problem. Flera utvecklingsområden inom socialt förändringsarbete i kommunen definierades efter hand av gruppen och dess ledare. Deltagarna valde sedan efter eget intresse vilket område de ville arbeta vidare med. Den grupp jag följt i denna utvärdering, GIH-gruppen, har arbetat i projektform tillsammans med en projektledare under ett år. Det har fungerat som ett kvalitetsutvecklings-projekt med tydligt mål och syfte. Ramarna angavs utifrån en kvalitetscirkel (PDSA: 1. Planering – 2. Göra – 3. Studera – 4. Lär/justera) (Senge, 1995). Handläggarna har därigenom i högsta grad varit delaktiga i att, utifrån sin praktiska handläggarverksamhet, utforma en metodik för socialt förändringsarbete för personer med flera myndighetskontakter.

I min utvärdering av metoden har jag haft samma förhållningssätt som ovan. Det har i praktiken inneburit följande:

- Under GIH-projektets tre sista faser, dvs när GIH prövades i verkligheten, deltog jag i gruppens möten och deras utvärderingsdiskussioner. Jag var både delaktig i planeringen av mötena, deltagande observatör och Fokus-gruppsledare. Genom att föra in teoretiska resonemang vid utvärderingen av GIH-metoden, lyftes diskussionerna upp till en nivå som innebar en större grad av medvetenhet kring problem och svårigheter med socialt förändringsarbete. Problem som GIH avsågs lösa. Utvärderingsdiskussioner i grupp kan ha följande fördelar:
 - Handläggarna kan stötta varandra till att våga pröva GIH
 - Olika tänkesätt, myndighetsbakgrunder och uppdrag, egna förhållningssätt, motstånd mm kan lyftas fram och diskuteras.
 - De lär känna varandra, vilket underlättar framtida samarbete.
- Brukarutvärdering av GIH-metoden: Tillsammans med handläggarna utformades riktlinjer för brukarutvärderingens genomförande. De ombads även formulera viktiga frågeområden, som jag vägde in vid konstruktionen av en intervjuguide.
- Resultaten från brukarutvärderingen delgavs handläggarna vid möten, vilket bidrog till att stärka dem i deras tro på metodens förtjänster. Det bidrog även till en fördjupad analys av upplevda svårigheter med genomförandet av GIH, bland annat i form av konflikten mellan individ- och myndighetsperspektivet.

5.7.2. Urval av utvärderare

Handläggartvärdering: Handläggarna representerar samtliga fyra myndigheter som ingår i FRISAM-försöket på Gotland. De arbetar med praktiskt socialt arbete i vardagen. GIH-gruppen

hade valt att delta i projektet, inkluderande utvärdering, utifrån eget intresse. Gruppens sammansättning har varierat något över tid, men en kärngrupp av fem handläggare från de fyra myndigheterna har varit med hela projektet och i utvärderingen.

Brukarutvärdering: De brukare som deltagit i utvärderingen har valts ut av GIH-handläggarna som lämpliga personer att genomföra en GIH. Det innebar, enligt handläggarna, att de var välmotiverade, att de bedömdes ha en hållbar relation till handläggaren och att de skulle klara ett samverkansmöte. Dessutom skulle GIH genomföras när det var ”timing” i rehabiliteringsprocessen. Deltagande brukare har genomfört en GIH och lämnat medgivande till att delta i utvärderingen av metoden.

5.7.3. Utvärderingsinstrument, praktiskt genomförande och bortfall

Härvid beskrivs utvärderingens tre delar: 1. Processen, 2. Handläggarutvärderingen och 3. Brukarutvärderingen.

1. Processen:

Information om GIH-gruppens arbete under planeringsfasen inhämtades genom minnesanteckningar och dokument samt vid diskussioner med projektledaren. För övrigt har jag deltagit vid samtliga möten under projektets övriga faser.

2. Handläggarutvärderingen:

(I kronologisk ordning:)

Öppen diskussion kring metodens möjligheter och begränsningar, förväntningar och farhågor, som dokumenterades skriftligt. Handläggarnas ombads också att kontinuerligt reflektera över metoden och dokumentera sina erfarenheter.

Fokus-grupp. (Svenska kommunförbundet, 1999) (Almqvist m.fl., 1996). Jag ledde diskussionen, projektledaren förde anteckningar och sammanfattade diskussionerna efter varje delavsnitt. Diskussionen bandades, skrevs ut i sammanfattningar av varje diskussionspunkt, samt återfördes till handläggarna vid ett senare möte. Resultatet från Fokusgrupps-diskussionerna finns redovisade i ett protokoll. I de diskussionen koncentrerade vi oss på nedanstående fyra delar av GIH, utifrån ett antagande att de var problematiska moment vid genomförandet :

1. Urvalet (handläggarnas metod för urval av brukare till GIH-projektet)
2. Erbjudandet av GIH (Hur handläggarna konkret gick tillväga när de erbjöd brukarna att delta i en GIH)
3. Flerpartssamtalet (Mötet mellan brukaren och de samverkande aktörerna)
4. Upprättandet av GIH (Brukarnas skrivande av ”Min handlingsplan”)

För varje punkt ställde vi följande frågor:

- Vad har varit svårt?
- Vad har fungerat bra?
- Vilka förbättringsområden finns?

Individuell lappskrivning vid möte om upplevda svårigheter med metoden. Lapparna samlades in och redovisades på white-board för gruppen, anonymt.

Sammanfattande diskussion vid projekttidens slut om erfarenheter av projektet och om framtiden.

Bortfall i ovanstående moment: Gruppen har haft mellan sju och åtta deltagare under projekttiden varav mellan fem och sju personer deltagit vid utvärderingsmötena.

Med dessa olika typer av datainsamlande, ville jag och projektledaren under både öppna och mer strukturerade former i grupp samt individuellt och anonymt med lappskrivning, fånga in olika aspekter av GIH-metoden. Dessutom aktiverades handläggarna till diskussioner om samverkansarbetets fördelar och svårigheter, de lärde känna varandra och kunde stötta varandra.

Enkät: För att ge chansen till var och en av handläggarna att i lugn och ro på sin arbetsplats fundera över GIH-metoden, konstruerade jag en enkät. Den skickades ut till de åtta handläggare som ingick i GIH-gruppen vid projektets slut. Eftersom inte alla varit med på alla möten fick nu samtliga chansen att uttrycka sin åsikt. Både de som gjort och inte gjort någon GIH under projektiden ombads ha synpunkter på metoden och även ange eventuell orsak till att någon GIH ej genomförts. (Se Bilaga 1). Det var också en etisk aspekt i detta, att man kunde svara utan att man svarade "fel" inför gruppen. Enkäten skickades ut via E-mail eller internpost. Några påminnelser gjordes via telefon.

Bortfall: En enkät kom inte in pga av att mottagaren var på semester

3. Brukarutvärderingen:

Intervju. Instrumentet: För att få handläggarna delaktiga i brukarutvärderingen bad jag dem tänka efter och formulera vilka frågor de skulle vilja ställa till brukarna efter genomförda GIH. De hade frågor om brukarnas tidigare erfarenheter av myndighetskontakter, deras förväntningar på och upplevelser av GIH-arbetet och om något positivt hänt hittills. De ville också veta brukarnas uppfattning om hur myndigheterna på bästa sätt skulle arbeta för att hjälpa dem. Handläggarnas frågeställningar vägde jag sedan ihop med mina egna, vilket mynnade ut i en *Intervjuguide*. (Se Bilaga 2)

Intervjun var indelad i fyra avdelningar:

- A. Problembild
- B. Myndighetskontakter innan GIH
- C. GIH
- D. Idealt socialt arbete

Brukarintervjuerna följde en ganska detaljerad intervjuguide med många frågor men även frågor med mer öppna svar. Intervjuguiden skulle kunna användas som en enkät vid eventuell fortsatt utvärdering av GIH.

Genomförande: Tillsammans med handläggarna hade jag enats om att *följande riktlinjer ska gälla för brukarutvärderingen*, vilka också har följts:

Brukarna måste få information samtidigt som GIH introduceras av handläggarna om att detta är ett försök som ska utvärderas. En del i utvärderingen är intervjuer med brukarna för att fåta del av deras synpunkter på metoden. Brukarna informeras om detta både muntligt och skriftligt (se Bilaga 3) vid lämpligt tillfälle. Deltagande i brukarutvärderingen är helt frivillig och ska ske med största möjliga sekretess. Själva intervjun bör ske så sent som möjligt i processen för att spegla så stor del som möjligt av den. Tid och plats för intervju bestäms av mig och brukaren gemensamt.

Intervjuerna bandas eller skrivs ner efter överenskommelse. Citat får inte användas utan den enskildes godkännande.

Fyra av intervjuerna, som tog mellan 1-2 timmar, ägde rum på min arbetsplats och den femte på personens arbetsträningsplats. Intervjusvaren skrevs ner under intervjun. Samtliga

lämnade muntligt medgivande till att använda material från intervjun i kontakten med handläggarna och i uppsatsen, dock så anonymt som möjligt.

Bortfall: Av de sju brukare som genomfört en GIH under projektiden, var det två som inte lämnade medgivande för att delta i brukarutvärderingen. Enligt handläggarna var orsaken i det ena fallet att brukaren hade dåliga erfarenheter av myndigheterna och känt sig kränkt och i det andra att personen upplevde sig för skör för att utsätta sig för en intervju.

5.8. Etiska aspekter

Handläggargruppen har informerats om uppsatsen, om dess form, bakgrund och syfte. Samtliga möten jag deltagit i har protokollförts och delgivits hela GIH-gruppen. Diskussionerna vid Fokusgruppsmötet bandades, skrevs ner i sammanfattad form av projektledaren och delgavs handläggarna både skriftligt och muntligt. En enkät skickades ut till samtliga deltagare i gruppen vid projektets slut, bland annat för att de skulle kunna delge sina synpunkter utan att eventuellt känna sig påverkade av de andra gruppmedlemmarna.

Brukarna har tidigt, redan när de presenterades förslaget att delta i GIH av sin handläggare, informerats om att GIH är ett projekt och ska utvärderas. Detta har skett både muntligt och skriftligt. De har då fått veta att deras medverkan som utvärderare är önskvärd och viktig. Efter muntligt medgivande har jag erhållit brukarnas namn och telefonnummer. Innan intervjun har jag markerat brukarnas roll som utvärderare och förklarat urvalet av frågor och dess syfte. Brukarnas svar har nedtecknats under intervjun. Samtliga intervjuade har muntligt medgivit att jag får använda deras svar i kontakten med handläggarna och i uppsatsen, dock med beaktande av största möjliga integritet.

Vid min presentation för handläggarna av resultat från brukarutvärderingen har jag ansträngt mig för att redovisa svaret på ett generellt sätt, utan att röja enskilda uppgiftslämnare. Naturligtvis är detta svårt att helt leva upp till eftersom antalet intervjuer var så få och handläggargruppen liten. Samma ansats har jag i denna uppsats.

5.9. Metoddiskussion

Mina långa erfarenhet av socialt arbete i olika former har troligen format mig i mina uppfattningar om hur socialt arbete kan eller bör bedrivas. Här har nog mina många år inom handikappområdet betytt mest. Där var diskussioner om individens möjlighet till inflytande, både brukares och anhörigas, ofta förekommande och präglade även arbetet. Ett arbete som även innehöll mycket samverkan med andra myndigheter bland annat genom den behandlingsplanering som kontinuerligt genomfördes. Detta har väckt mitt intresse och engagemang för de frågor som GIH-försöket berör, vilket ju kan ha lett till att jag i viss mån har styrt handläggarna i sin utvärdering. Det har jag själv svårt att avgöra. Jag har försökt vara så objektiv som möjligt, både när det gäller brukare och handläggare, men visst kan mina värderingar skina igenom. För att få en allsidig belysning av problematiken har jag använt flera olika metoder, flera grupper av utvärderare och flera olika utvärderings-instrument. Gruppdiskussioner tillsammans med handläggarna har därför kombinerats med mer strukturerade utvärderingsinstrument, såsom Fokusgrupp, individuell lappskrivning och enkäter. Samtliga gruppdiskussionerna har dokumenterats och sänts ut till handläggarna.

Utvärderingen speglar dock enbart synen på GIH hos denna grupp av intresserade och motiverade handläggare. Jag har inte undersökt hur andra handläggare uppfattar GIH, vilket kan vara en svaghet.

När det gäller processen som ledde fram till att försöket startade har jag fått förlita mig till projektledarens planer, minnesanteckningar och uppsats (Bergius, 2000) samt muntliga diskussioner och klarlägganden.

Jag har även låtit de brukare, som genomfört en GIH, utvärdera metoden. Brukarintervjuerna var endast fem till antalet, vilket samtidigt var hela populationen brukare som gjort en GIH och som medgivit intervju. Det kan synas som ett litet urval, som det kan vara svårt att dra några slutsatser ifrån. Samtidigt stämmer alla väl in på försökets målgruppskriterier och de har varierade uppfattningar om både GIH och övrigt socialt arbete. Jag tror att de är representativa klienter/patienter vid myndigheterna. Som motvikt, eller som kontrollgrupp, kunde jag ha intervjuat ett antal brukare som ej gjort GIH. Samtidigt hade de intervjuade brukarna olika långa erfarenheter av traditionellt socialt arbete/ rehabiliteringsarbete och kunde beskriva situationen både innan och efter GIH.

Brukarintervjuerna följde en ganska detaljerad intervjuguide, som kanske kunde ha sänts ut i enkätform. Detta kunde ha minskat risken för påverkan men samtidigt finns det risk att frågor missförstås eller ej besvaras. Det personliga mötet tror jag också markerade statusen för brukarna som utvärderare av försöket, vilket kanske bidrog till att de ansträngde sig för att besvara frågorna

Jag har i denna undersökning försökt utvärdera en metod i socialt förändringsarbete, GIH, vars främsta syfte var att förhindra rundgång mellan systemen. Mitt syfte var att utvärdera om GIH ger möjlighet för brukarna att definiera sina egna mål och få hjälp av samhällets samlade resurser för att uppnå dessa. Med hjälp av handläggarnas utvärdering, en brukarutvärdering och viktiga faktorer i själva processen har jag sedan försökt bedöma detta. Tyvärr var projekttiden och utvärderingstiden för kort för att kunna svara helt på min fråga. Ingen av brukarna hade under denna period nått sina mål. Vad jag däremot kunnat bedöma är om GIH gett brukarna möjlighet att definiera sina mål och om de fått hjälp av samhällets samlade resurser för att påbörja vägen fram mot dessa. Jag har också utvärderat metodens potential för att på sikt bli ett instrument i socialt förändringsarbete i kommunen i större skala.

6. TEORIVAL

6.1. Utgångspunkter för att finna teorier för socialt förändringsarbete

Inför denna undersökning av ett försök att pröva Gemensamma Individuella Handlingsplaner som metod i rehabiliteringsarbete/socialt förändringsarbete har jag några antaganden och många frågor:

Man kan anta att det svenska samhället har, genom sin allt större institutionalisering samt utbyggnad och specialisering av hjälpapparaten, bidragit till att människor med behov av hjälp fått allt svårare att hävda och försvara sina intressen utifrån sina individuella förutsättningar och behov. Genom lagar, regler och riktlinjer men även genom praxis formulerar myndigheterna vilket förhållningssätt de anställda skall eller bör inta gentemot hjälpbehövande. Myndigheterna har makt att ge eller inte ge hjälp. Vilken makt/möjlighet har den enskilde att kräva den hjälp han/hon själv anser sig behöva? Vilka möjligheter har han/hon att välja mellan alternativ? Samhällets krav på att individer, efter

perioder av sjukdom eller arbetslöshet, snarast möjligt ska bli friska och/eller återgå till arbeta och egen försörjning kan kollidera med individernas egna intressen eller behov att vila, reda ut sina relationer, tänka över sina mål i livet och så vidare. Hur hjälper myndigheterna dem som har komplexa problem som inte kan lösas hos en myndighet? Hur hittar man lösningar som utgår från individens behov och som är hållbara och långsiktiga? Hur vet man dessutom om en rehabilitering/ett socialt förändringsarbete har lyckats om man inte gör en plan med tydliga mål och sedan utvärderar resultaten? Går det att hitta en balans mellan samhällets krav och individernas behov och var någon stans ligger balanspunkten?

6.2. Studiens teoretiska referenser

Stöd för mina antaganden har jag funnit ibland annat i Jurgen Habermas teorier om systemvärld och livsvärld, Bo Rothstein's diskussioner om vad staten bör göra följt av en sammanställning kring frågan om patientmakt i Sverige ur ett internationellt perspektiv av Lars Trädgårdh. Aaron Antonovski's begrepp KASAM - känsla av sammanhang och dess betydelse samt Yeheskel Hasenfeld's diskussioner om empowerment och maktrelationer har jag funnit intressanta i sammanhanget samt Benny Hjerts teorier om samhällets organisering.

Till sist finns även Björn Hvindens teori om förutsättningar för lyckad samverkan samt Stefan Morén's teori om det sociala arbetet kort beskrivna.

Den tyske socialfilosofen Jurgen Habermas föddes 1929 och verkar fortfarande. I flera verk från 1962 och framåt utvecklar han sin samhällssyn. I *”Strukturwandel des Öffentlichkeit”* (Habermas, 1962) diskuterar Habermas ”det offentliga” och ”det privata” och hävdar att förutsättningarna för båda förändrats från antiken och fram till idag. Staten griper alltmer aktivt in i det ekonomiska livet och den moderna staten har utvecklats till en välfärdsstat. Myndigheterna griper allt mer in den privata sfären, det har skett ”ett förstatligande av samhället”. Samtidigt har det också skett en utveckling i motsatt riktning, ett ”församhälleligande av staten” i och med att olika intresseorganisationer fått allt viktigare funktioner i staten. Detta fortsätter Habermas att diskutera och utveckla i flera verk skrivna mellan 1970 och 1976 och i verket *”Theorie des kommunikativen Handelns”* (Habermas, 1981). Han för nu in begreppen livsvärld och systemvärld, som är hämtade från systemteori respektive fenomenologi. Habermas hävdar att båda är nödvändiga för en korrekt förståelse av samhällsutvecklingen. Han anser a priori att människor är myndiga, det vill säga är autonoma och ansvariga för sina liv. Samhället har dock utvecklats så att det innehåller två delar. Den ena delen är ”livsvärlden”, den privata världen där vi har våra sociala relationer, arbetar och har familj och vänner. Den andra delen, ”systemvärlden”, den offentliga världen, har vuxit fram ur ”livsvärlden” och består av anonyma och sakliga relationer på den ekonomiska marknaden eller i statliga myndigheter. I ”livsvärlden” samordnas människors handlande genom språk och kommunikation medan det i ”systemvärlden” är pengar och makt som styr. Problemet, som Habermas ser det, är att ”systemvärlden” allt mer tar över ”livsvärlden”. Själva välfärdsstaten har mist legitimitet, när både det administrativt - byråkratiska systemet och den ekonomiska marknaden trängt in allt djupare i människors vardagsliv, vilket lett till att samhället blivit oöverskådligt och svårt att förstå. Välfärdsstaten har byggt ut skyddsnet för arbetslösa, sjuka och åldringar, vilket försätter allt fler människor i klientposition i förhållande till staten och politiska konflikter har allt mer blivit en fråga för administratörer och experter. Han ser dock också olika rörelser, som kvinno- freds- och miljö rörelser, som rörelser i motsatt riktning – ”livsvärlden” som försöker ta över i ”systemvärlden”. I en stor del av den kommunikation som sker i ”livsvärlden” kan man inte längre förlita sig på

traditionellt vedertagna tolkningar, utan alla utsagor måste motiveras rationellt. Att auktoriteter spelar en allt mindre roll ser Habermas som den viktigaste utvecklingsfaktorn i det moderna samhället. Problemet handlar i botten om att skapa betingelser och former för att människor ska bli myndiga, det vill säga själv kunna ta och utöva ansvar för sina gemensamma kollektiva och samhällsliga angelägenheter.

Kan "livsvärlden" och "systemvärlden" fungera parallellt i dagens samhälle? Hur långt kan man låta klienter bestämma sina livsmål utan att det hamnar i konflikt med myndigheternas regler, krav och normer? Bidrar ökad valfrihet inom eller utanför myndigheterna till de enskilda medborgarnas autonomi?

Följande diskussion om den autonoma medborgaren och välfärdsstaten bygger på resonemang i Bo Rothsteins bok: *Vad staten bör göra? Om välfärdsstatens moraliska och politiska logik*. (1994, ss. 226-258.). Under de senaste tvådecennierna har medborgarnas kunskaper och krav på valfrihet och självbestämmande ökat kraftigt. Man kan inte längre ta kundernas efterfrågan för given. Går det att åstadkomma variation och valfrihet i offentlig service inom den generella välfärds politikens ramar? Den svenska välfärdsmodellen var uppbyggd på en princip om den "högkvalitativa standardlösningen". Ett sådant system ger inte utrymme för valfrihet, eftersom servicen ska vara lika överallt och för alla. Valfrihet har kopplats ihop med orättvisa. I ett samhälle där medborgarna allt mer ser sina liv som individuellt planlagda projekt och där kunskapsnivån och den egna företagsamheten är hög, riskerar den "högkvalitativa standardlösningen" att mer bli ett problem än en lösning. En medborgare som inte kan välja bort en serviceproducent, kan komma i ett underläge. Troligen kommer allt fler medborgare att söka hjälp utanför den offentliga sfären med egna medel. Det är då sannolikt att de snart kommer att ifrågasätta den skattefinansierade offentliga sektorn. Genom valfrihet mellan olika servicealternativ behandlas medborgarna med lika omtanke och respekt. För att motsvara både statens och medborgarnas behov, måste både offentliga och privata genomförande -organisationer leva upp till dels centralt ställda kriterier och dels vara orienterade mot och lyhörda för medborgarnas krav.

"Varje demokratiskt system måste nämligen finna en balans mellan ett kollektivistiskt, kommittärt och ett individualistiskt autonomt demokratiideal. Exakt var denna balanspunkt skall ligga är givetvis en central värderingsfråga, men vad jag hävdar här är att om det sker en omfattande värderingsförändring hos medborgarkollektivet i individualistisk riktning så måste, för demokratins fortsatta legitimitet, denna balanspunkt också förskjutas i samma riktning. "

Rothstein refererar i diskussionen till den statliga maktutredningen, (SOU 1990:44 kap.11) Där hävdas att det skett en kraftig ökning av kraven på autonomi hos de svenska medborgarna. De krävde differentierad service och de ifrågasatte de centrala expertbedömningarna. Samtidigt visade undersökningen att många medborgare saknade inflytande över viktiga delar av den offentliga service de mötte. Han nämner även en värderingsstudie utförd av Pettersson, T. (1992) som visar att det skett en kraftig ökning av det slags värderingar som kan förknippas med begreppet individualism mellan 1980 och 1990. De största värderingsförändringarna han fann i studien gällde medborgarnas förtroende för "maktens och ordningens institutioner", som starkt minskat. Värderingsförändringarna mot en mer individualistisk hållning har varit mest märkbara hos arbetare. Enligt en annan forskare i studiet av välfärdsförändringar, som nämns, Ronald Ingelhardt (1990), så

"ligger framtiden hos de samhällen som kan finna en effektiv avvägning mellan individuell

autonomi och central styrning”.

Kan vi här dra parallellen med ett idag allt tydligare uttryckt behov av individinflytande i välfärdsinstitutionerna, bland annat i form av patientföreningar, brukarorganisationer, ansvarsnämnder, formulerat som empowerment/patientbemyndigande? Ett behov och en önskan som ofta hamnar i konflikt med samhällets regler, krav och normer. Kanske även med myndigheternas behov av kontroll och makt?

Historikern Lars Trädgårdh diskuterar patientinflytande i sin bok: ”*Patientmakt i Sverige, USA och Holland. Individuella kontra sociala rättigheter*” (1999):

Trädgårdh konstaterar att frågorna om valfrihet i vården och patienternas makt och inflytande inte började ta fart förrän på 1990-talet i Sverige. Ett tidigt exempel finns från 1985 då Margareta Viklund utkom med skriften ”*Aktiv patientmedverkan*”. Utifrån olika försöksverksamheter och seminarier slår Viklund fast att sjukvårdens förmyndarattityd formellt är bruten. Patienten och de anhöriga har blivit faktorer att räkna med i behandlings- och vårdssammanhang. Hon talar om att patienten har ”rättigheter”, bland annat till information, till att ”påverka” och som att ”ingås om en resurs i vårdlaget och delta i behandlingen av sin egen åkomma”. Ett par år senare visade rapporter inom ramen för maktutredningen (SOU 1990:44) att förmyndarattityden inom hälso- och sjukvården inte alls var bruten, åtminstone inte ur patienternas perspektiv. I en brett upplagd undersökning, baserad på intervjuer med drygt 2000 personer, visades sig just denna sektor ha det största inslaget av ”tyst vanmakt”. Den svenska sjukvårdsdebatten har, enligt Trädgårdh, dock lidit av ett antal föreställningar som inneburit att någon djupare diskussion av just maktförhållandena ej tagit plats. Den mest centrala lösningen gäller tanken att ett rättighetsbaserat system, med förstärkta juridiska rättigheter och ökad valfrihet och kontroll över egna ekonomiska resurser, skulle leda till att starka individer skulle vinna fördelar på de svaga patientgruppernas bekostnad. I jämförelse med USA anser Trädgårdh att Sverige har ett starkt *socialt kontrakt*, dvs rätt till allmän sjukvård, medan USA ligger före när det gäller det *juridiska kontraktet*, dvs de utkrävbara rättigheterna inom den faktiskt existerande vården.

Vilken valfrihet har brukarna i denna undersökning att söka hjälp hos olika alternativa vårdgivare? Hur väl känner de till sina rättigheter och möjligheter? Kan brukarna öka sin välfärd/livschanser genom att större hänsyn tas till deras egna mål och utgångspunkter i livet utan att det för den skull kolliderar med samhällets krav på maximal egen försörjningsförmåga? Hur beroende är de av vårdgivaren för att få hjälp så att de därför ställer upp eller låsas ställa upp på de villkor som ges? Är det en fråga om makt?

Yehekel Hasenfeld beskriver i sin uppsats ”Power in social work practice” i antologin ”*Human services as complex organizations*” (Hasenfeld, 1992, ss. 259 -275) socialarbetarnas maktposition. Den emanerar både från deras expertroll och personliga kompetens och från det faktumet att de arbetar i en organisation som kontrollerar de resurser som klienten behöver. Mängden makt en socialarbetare har över klienten är en direkt funktion av dennes behov av ekonomisk hjälp och en omvänd funktion av klientens möjlighet att erhålla hjälp någon annan stans. Det som krävs är, enligt Hasenfeld, är att man placerar klientens bemyndigande (empowerment) i centrum av det sociala arbetet. Dess huvudsakliga funktion ska vara att bemyndiga (empower) människor att kunna göra egna val och få kontroll över sin omgivning. Detta kan bland annat ske genom att klienterna får mer information om samhällets resurser, genom att de tränas att kräva sina

legitima rättigheter, att tillvarata sina intressen och att använda sina personliga sociala nätverk. I sin tur kräver detta en omdefiniering av socialarbetarrollen från den som har makten till den som ger makten. (*Författarens översättning*)

Aaron Antonovsky, professor i medicinsk sociologi, har (Antonovsky, 1979) konstruerat begreppet KASAM, som ett uttryck för "Känsla Av SAMmanhang". Graden av KASAM beror på huruvida individen uppfattar tillvaron som begriplig, hanterbar och meningsfull. Två individer kan drabbas av samma krisartade upplevelse, men deras förmåga att hantera den och komma vidare är beroende av deras KASAM. Antonovski menar att en behandling blir mer framgångsrik ju mer patienten görs delaktig i den och fås att förstå dess orsaker och effekter.

Man kan anta att en klients KASAM ökar när myndigheterna samarbetar kring hans problematik. Detta borde göra samhället mer begripligt och dess möjligheter att hjälpa eller inte mer tydliga. Om brukarna i denna undersökning även tillåts ha ett större inflytande över sin rehabilitering genom att bland annat formulera sina egna mål och delmål och få stöd i processen av involverade myndigheter i samverkan att nå dit, blir då rehabiliteringen mer framgångsrik?

Benny Hjern, professor i statsvetenskap, (Hjern, 1983, 1993, 1995) hävdar att de offentliga organisationerna i Sverige, som byggts upp under många decennier, idag är felaktigt organiserade efter dagens behov. Det beror på att individernas behov ofta är sammansatta och komplexa och då inte kan lösas av en enda myndighet. Hjern beskriver myndigheterna som hiarkiskt ordnade stenhus, där belöningsystemen fungerar lodrätt genom organisationen. Problem, vars lösning bör gå på tvärs genom myndighetsstrukturerna och fordra insatser från flera organisationer, blir lägre prioriterade än de som definieras som möjliga att lösa inom en organisation. Målstyrning och uppföljning i svensk offentlig förvaltning läggs också upp som om målgruppen vore en ensam organisations, trots att behovet av samarbete tvärs organisationer är uppenbart i många fall. System som följer individen saknas idag. Hjern anser också att uttrycket målgrupp står för en grupp som kan prioriteras inom en organisation och föredrar därför begreppet "för vem"-grupp, som följer individerna.

Hur lyckas handläggarna i denna undersökning att organisera sig kring personer med komplexa behov och många myndighetskontakter och hur uppfattar och värderar brukarna denna ansats?

Enligt den norske forskaren Björn Hvinden finns det tre avgörande faktorer som bidrar till att samverkan/samarbete kan lyckas. Hvinden använder integration som ett sammanfattande begrepp, som innehåller samverkan, samordning och samarbete. Tre förutsättningar anser Hvinden underlätta en sådan horisontell integration;

- 1) att det finns ömsesidigt medvetenhet om givna problem
 - 2) att det finns samsyn mellan aktörerna beträffande mål
 - 3) att det finns ett ömsesidigt beroende mellan aktörerna att lösa ett visst problem.
- (Hvinden, 1994)

Finns ovan angivna förutsättningar i GIH-försöket?

Stefan Morén skiljer i sin bok "Att utvärdera socialt arbete" (1996) på "handläggningsaspekten" och "biståndsaspekten" i socialt arbete. Den förstnämnda betonas i allmänna råd om dokumentation och har en stark legitimitet. Det handlar om myndighetsutövning, rättssäkerhet mm. Den sistnämnda

aspekten avseende dokumentation saknar anvisningar och legitimitet. Här handlar det mer om att synliggöra nya valmöjligheter, relationers betydelse mm. Morén uppfattar spänningsfältet mellan dessa två aspekter som det område där socialt arbete bedrivs.

Ger Gemensamma Individuella handlingsplaner en möjlighet att närma sig det som jag uppfattar som det sociala arbetets kärna; att med individens bästa för ögonen hitta balansen mellan handläggningsaspekt och biståndaspekt? Kan de också bidra till att ge biståndaspekten en större legitimitet?

7. RESULTATPRESENTATION

7.1. Innehåll

Resultatredovisningen är upplagd på följande sätt:

Först görs en kort presentation av genomförandet av GIH-projektet följt en diskussion om processen. Sedan redovisas brukarutvärderingen och handläggareutvärderingen samt en jämförelse mellan de två utvärderingsresultaten ställt mot mina teoretiska referenser. Nr 2. och nr 3. följer i stort sett likartade upplägg; jag beskriver deltagarna, GIH-arbetet, samverkan, inflytande och delaktighet samt handlingsplan. Efter avsnitt nr 2, 3 och 4 följer en diskussion.

1. Beskrivning av Genomförande och Process

Häri beskrivs vilka framgångsfaktorer och svårigheter jag kan se i GIH-projektet och hur det kan ha påverkat resultatet.

2. Brukarutvärdering

Deltagare i brukarutvärderingen av GIH var de brukare, som deltagit i en fullständig GIH under försöksperioden och även lämnat medgivande till att delta i studien, sammanlagt fem personer.

3. Handläggareutvärdering.

De handläggare som deltagit i försökets hela genomförandefas samt en tillkommande handläggare, har deltagit i utvärdering av metoden. Totalt åtta personer.

4. Jämförelse mellan brukar- och handläggarperspektiv och teorier

7.2. Genomförande

GIH-projektets framväxt och planering beskrivs i kapitlen 4.4. och 4.5.

Genomförandet av GIH-försöket har inte helt följt de uppgjorda planerna. Deltagarna i handläggargruppen har delvis byts ut under tiden, jag kom med i GIH-gruppen under Fas 2 och blev kvar till projektets slut och en brukarutvärdering infördes. Det praktiska genomförandet har varit svårare än förväntat och den fasen, Fas 2, förlängdes.

Fas 1: Planeringsfasen blev, som planerat, sex månader lång och följde den uppgjorda planeringen. Projektledaren och handläggarna hade under den tiden haft fem gemensamma träffar med en del ”hemuppgifter” emellan. Utifrån genomgång av aktuella ärenden hos respektive handläggare, där

brukaren stämde in på projektets målgrupp, bestämdes vissa utvecklingsområden. Brukarna hade skrivit påmedgivande till detta. Därefter påbörjade man arbetet med att få fram en modell för en gemensam handlingsplan för individen. Man gick också igenom hur handlingsplanering utförs i dag i de involverade myndigheterna. De som hade formaliserade handlingsplaner tog med sig dessa. Utifrån denna verklighet diskuterade man den handlingsplan man nu ville använda utifrån projektets syfte. Man enades om att individen tydligt skulle vara i centrum och att det var individens mål som var det viktigaste i planen. Efter detta hade man en modell för GIH, ”*Min handlingsplan*”, i form av en ett enkelt formulär för individen samt ett informationsblad för handläggare med riktlinjer för genomförandet. (Se 4.5.2.)

--I de återstående faserna av projektet deltar även jag i samtliga aktiviteter.--

Fas 2: Under den tre månader långa genomförandefasen skulle GIH prövas i verkligheten. Ytterligare ett handläggarmöte utöver planerade två hölls efter två månader. Skälet var att bara ett par GIH var på gång, mot planerade sju. Det konstaterades att den planerade tiden för genomförandet varit för kort varför den förlängdes till fem månader. Trots förlängningen uppnåddes inte målet att varje handläggare skulle göra minst en plan. Vid två av de deltagande myndigheterna, försäkringskassan och arbetsförmedlingen, gjordes ingen GIH, medan man vid de andra i stället gjorde en eller flera. Sammanlagt kom man fram till sju helt genomförda GIH. Detta var svårare och tog längre tid än man tänkt sig. Svårigheterna var till stor del förknippade med individperspektivet i metoden. Men även samarbetet med andra myndigheter var tidskrävande.

Undertecknad kom in i GIH-försöket vid Görandefasens, Fas 2., första möte. Jag beskrev den utbildning i Vetenskapsteori och forskningsmetodik jag deltog i och det uppsatsarbete som var en del av denna. Jag hade bedömt GIH som ett lämpligt och intressant ämne för denna uppsats. Det skulle ge möjlighet att utvärdera ett samverkansprojekt ur både ett brukarperspektiv och ett handläggarperspektiv och få en mångsidig belysning av GIH och den problematik metoden avsåg att förbättra. Jag önskade också följa gruppen och deras process för att därigenom både på olika sätt fånga in deras synpunkter och för att få kunskaper om hur de gick tillväga för att komma från till en metod. En chef vid en av de deltagande myndigheterna hade dessutom markerat vikten av att utvärdera GIH ur både ett brukar- och ett handläggarperspektiv. Hur uppfattar brukarna metoden? Tycker de kanske att det är ett tidskrävande och kanske även integritetskränkande arbetssätt? Handläggarna var positiva till detta och ansåg att en brukarutvärdering kunde vara betydelsefull för bedömningen av metodens värde och för utveckling av metodarbetet. Projektledaren och jag skulle därefter planera återstående möten tillsammans och båda delta i samtliga möten under den resterande projektiden.

Fas 3: Metoden har utvärderats ur ett kvalitetssäkringsperspektiv av handläggarna i en ”Fokusgrupp” (se 5.7.3.) under denna fas. Denna utvärdering genomfördes enligt ursprunglig plan efter tre månader, trots att knappt hälften av de planerade GIH hade genomförts. För att komplettera resultatet samlade vi till ett extra utvärderingsmöte efter ytterligare en månad, varvid erfarenheterna från sju gjorda GIH kunde diskuteras och utvärderas. Jag har deltagit i gruppens samtliga möten både som observatör, diskussionspartner, fokusgruppleddare och dokumenterare. Under den här fasen genomfördes även brukarutvärderingen.

Fas 4: Resultaten från "Fokusgrupp"-utvärderingen och delresultat från brukarutvärderingen presenterades till handläggarna under denna Lärandefas. Detta bidrog till kunskapsutvecklingen och medförde en fördjupad diskussion om GIH som metod och om praktiska konsekvenser av genomförandet. Vid det avslutande mötet vid projekttidens slut sammanfattades erfarenheterna av GIH-projektet. Handläggarna ansåg att det har varit en utbildning, ett lärande under hela tiden. Det har medfört nya aspekter och en ökad medvetenhet om komplexiteten och svårigheten i socialt förändringsarbete. Man insåg också vikten av ytterligare kunskapsöverföring mellan myndigheter och myndighetsgemensamma utbildningar.

Diskussionen ledde även till tankar om hur GIH-arbetet skulle fortsätta. För det första ville man fullfölja arbetet både för de brukare som gjort planer och för de som påbörjat en GIH-arbete, men även genomföra gemensamma individuella handlingsplaner för nya brukare som kunde bedömas vara i behov av detta. Återföring av resultaten kommer att inte ske som planerat. Man kommer först att informera en grupp mellanchefer vid ett möte en månad senare. Projektledaren, jag och två handläggare kommer att redogöra för resultaten. Längre har inte planerats.

7.2. Processen

Det har varit en lång process från det att rundgångsproblematiken mellan myndigheterna på Gotland började bli uppenbar genom olika kartläggningar och studier inom SOCSAM-försökets ram under 1998 –1999 till att metoden med Gemensamma Individuella Handlingsplaner var klar att pröva vid årsskiftet 1999/2000. Processen har på många sätt varit framgångsrik men också innehållit många svårigheter. En av *framgångsfaktorerna* har framför varit en bra, tydlig plan för hur arbetet ska läggas upp, med syfte, mål, delmål och tidsramar klart angivna. Det skapade överskådlighet och trygghet. GIH-försöket har haft en processinriktad försöksledare som har hållit ihop och lett arbetet och fört gruppen målmotivet framåt. Sammansättning på gruppen har varit bra med tanke på projektets syfte; att förhindra rundgång mellan myndigheter. Fyra myndigheter var representerade. Gruppstorleken var också lagom med sju -åtta deltagare. Det var en grupp välmotiverade, intresserade handläggare som själva valt att delta i projektet och som erhöll en status av metodutvecklare och utvärderare. Flerparten av handläggarna har varit med i projektet från början, man lärde känna varandra och blev en trygg grupp med ganska högt i tak. Man fick "misslyckas" eller ställa "dumma" frågor.

Det konkreta arbetet har utgått från verkligheten, man har känt igen sig i diskussionerna. Olika myndighetskulturer, regelverk, hinder och svårigheter har blivit tydliga och kommit upp till diskussion. En successiv inifrån- förståelse har växt fram kring rundgångsproblematiken och dess konsekvenser. En process som behöver och måste få ta tid. Ett kontinuerligt lärande har skett under försöksperioden: Planera - pröva- reflektera – lära- pröva igen. Olika teoretiska aspekter utifrån aktuell forskning på för projektet relevanta områden har också förts in i diskussionerna om metoden. Detta har bidragit till kunskapsbildningen och medvetenheten om problemets komplexitet. En hel del tankar om förbättringar har kommit fram. I praktiken ser jag GIH-projektet som ett praktikerrelaterat Forsknings- och utvecklingsprojekt.

Men arbetet har inte varit lätt och vissa faktorer har *försvårat*. Det har till exempel varit viss brist på kontinuitet i gruppen. Alla har inte varit med från början, några har bytts ut eller kommit till. Gruppen har inte heller varit fulltalig vid alla möten, varvid några alltid missat viktiga diskussioner eller

information. Det har tagit tid att komma med ”påståendet”, att förstå försökets syfte och mål.

Under planeringsfasen var handläggarna fört mycket fokuserade på hur samverkan mellan myndigheter skulle kunna utveckla. Därefter ägnades mycket tid och kraft åt diskutera och utforma det dokument, ”Min Handlingsplan”, (se 4.5.2.), som skulle användas i GIH-arbetet. När sedan GIH skulle omsättas i praktiken blev det tydligt att de varken hade tänkt in sig själva eller brukaren riktigt i genomförandet. Bland annat upplevde man problem med urval och ”timing”; när skulle GIH erbjudas? Motsättningar mellan individperspektivet och myndighetsperspektivet blev uppenbara. Olika synsätt och förhållningssätt har blivit tydliga och ibland har det varit svårt att komma förbi detta. Respektive myndighetsregler o kulturer sitter i bakhuvudet – hur långt får jag gå i förändring utan att jag gör fel/ går över mer eller mindre synliga gränser? En osäkerhet om vilka mandat deltagarna hade för att arbeta med förändringsarbete från sina hemorganisationer skapade också viss osäkerhet i gruppen. Något uttryckligt uppdrag att delge sina chefer och kollegor om det pågående arbetet fanns inte, vilket kanske hade varit bra. Alla handläggarna i gruppen hade relativt lång erfarenhet av socialt arbete och ett arbetssätt de tillämpat länge. Man kan fråga sig om diskussionerna blivit annorlunda om handläggarna varit helt nyutbildade?

GIH har helt klart inneburit ett nytt synsätt på socialt förändringsarbete.

Kring det som kom att framstå som mycket centralt i problematiken – individperspektivet - hade det nog behövts mer tid och diskussioner. Görandefasen var också kort, pågott och ont. Det var svårt att komma igång, men man pressades av tidsramen att pröva. Nu finns det något att lära av och gå vidare med. Handläggarna vill fortsätta att använda GIH, att utveckla metoden och framför allt, se på längre sikt vilka effekter detta har. Men för att genomföra detta är mandat och uppdrag från hemorganisationerna mycket viktiga förutsättningar. Den processen är påbörjad.

7.3. Brukarutvärderingen

7.3.1. Resultat

1. Deltagarna

De intervjuade var fyra män och en kvinna. Bortfall är två personer som ej önskade delta. Samtliga intervjuade uppfyllde kriterierna för målgruppen. Deras ålder varierade mellan 20 och 47 år med en medelålder på 34 år. Tre personer hade gått igenom två eller treårigt gymnasium, varav en även hade vissa högskolekurser. En person hade avbrutit gymnasium och en hade enbart grundskola plus en kort praktisk kurs på gymnasiet. Tre av de intervjuade hade aldrig kommit in på den öppna arbetsmarknaden, en hade varit egen företagare och en hade en tidigare anställning som vaktmästare. Vid tidpunkten för intervjun saknade samtliga egen försörjning och arbete, en situation som varat mellan 8 månader och fjorton år för gruppen. Huvudsaklig orsak till att de börjat uppsöka myndigheterna för att få hjälp var behov av försörjning och önskan om arbete. Men inslag av sjukdom, kriser, relationsproblem och handikapp fanns också med i problembilden.

2. GIH-arbetet

Av intervjuerna framgick att diskussionerna om att göra en Gemensam Individuell Handlingsplan ofta pågick tillsammans med en handläggare flera månader innan planen skrevs. GIH-arbetet hade också flera fall skett i etapper. I några fall finns även ytterligare flerpartsamtal inplanerade för att fullfölja planen.

3. Samverkan

Bara en av de intervjuade hade tidigare varit med om samverkan kring sig och sin situation. Det var också inom ett projekt tre år tidigare, då behandlingsplanering skedde tillsammans med personen och socialtjänsten och försäkringskassan. Det var bra och ledde till vissa förändringar, bland annat att personen fick kontakt med en terapeut, som sedan var med och stöttade i kontakten med myndigheterna. Antalet myndighetskontakter för de intervjuade hade varit mellan två och sex stycken per person. Två personer var klart missnöjda med den hjälp de fått tidigare. Man upplevde sig bara bollad hit eller dit utan att någon tog tag i en eller ens problematik. Det var mest kortsiktiga punktlösningar som erbjudits. De tre övriga var helt eller delvis nöjda. De ansåg att de fått rimlig eller till och med mycket bra hjälp även tidigare.

Samtliga intervjuade var mycket positiva till den samverkan som nu skett genom GIH. De hade alla lämnat samtycke till att myndigheterna nu och framgent fick ta kontakt med varandra och samverka kring sig och sin situation om det behövdes.

”Det är bra med samverkan i den här formen. Det blev mer press på mig att ta tag i min situation, nu när socialtjänsten, arbetsförmedlingen och jag satt tillsammans. Men arbetsförmedlingen borde ha blivit bättre informerad i förväg om syftet med mötet och om GIH. Men jag kände båda handläggarnas engagemang, och det var bra. Samkörning av register borde också kunna ske i mycket högre utsträckning än vad som sker dag, speciellt när det gagnar mig. Sekretess används bara för att man är rädd att förlora en maktposition.”

”Borde vara självklart. Det har jag tänkt flera gånger”.

”Bra initiativ. Annars hade jag inte kommit till AMI och det var bra. Det kändes utlämnande att sitta i gruppen. Det är jobbigt att berätta sitt livs historia gång på gång för nya människor. Men det var bra att vara i fokus som huvudperson. De ville veta vad jag ville”.

”Det bästa som kan hända”.

”Ju mer hjälp man kan få desto bättre är det”.

Tre av de intervjuade tyckte det var litet obehagligt att vara i centrum i gruppen, men det var ändå bra och kändes viktigt. En person hade noterat att handläggarna var något osäkra och förvirrade i situationen och inte samkörda. En annan upplevde att det förekom en del ovidkommande prat om detaljer mellan handläggarna under samtalet, något som kunnat ske efteråt. Samma person noterade också viss skillnad mellan de deltagande myndighetspersonerna; psykiatrin hade lyssnat medan socialtjänsten upplevts som en myndighetsperson.

4. Inflytande och delaktighet

Tre av de intervjuade hade upplevt sig respektfullt bemötta och delaktiga i beslut även vid tidigare kontakter med myndigheter. Två personer tyckte att upplevelsen av inflytande klart ökat genom GIH-arbetet. Det faktum att de själva hade formulerat och skrivit sin egen handlingsplan hade stärkt samtliga deltagares känsla av att vara med och påverka sin egen rehabilitering och att de nu var mer ansvariga själva för att målen skulle uppnås.

”Jag har upplevt bra bemötande även tidigare. Det var också mycket bra i GIH-arbetet. Det

blev bra. De tog sig tid och lyssnade. Det var bra att själv formulera planen. Det är bättre än att andra säger åt mig vad jag ska göra. Men jag bestämde inte vilka som skulle vara med i samarbetet, det var bestämt innan.”

”Det är bra att formulera sina egna mål. Själv har jag lätt för att prata och är social så jag tyckte det kändes bra att sitta och diskutera i gruppen. Det kanske är svårare om man är tyst och blyg. Samtidigt kan det här vara bra just för dom som har svårt att hävda sig och sina mål. ..Myndigheterna måste anstränga sig för att förstå människors situation. Ta sig tid. Respektera, vara lyhörda och lyssna, även `mellan raderna”.

”Jag tror att GIH ger mig större möjlighet till inflytande på min rehabilitering. Jag blir någon att räkna med”.

Känslan av att planen fick större tyngd – giltighet genom att man själv formulerade målen var gemensam för de intervjuade. En viss skepticism uttrycktes dock om huruvida planen skulle följas av myndigheterna. Vikten av att myndigheterna nu verkligen litade på att man skulle arbeta för att nå sina mål betonades. Samtidigt som man betonade det egna ansvaret för att nå målen, betonades myndigheternas ansvar lika mycket..

”Mitt ansvar är att delta i de påbörjade aktiviteterna på AMI . Myndigheternas ansvar är att stå för min försörjning och ge mig en bostad under tiden.”

”Mitt ansvar är att söka jobb och att visa myndigheterna att de kan lita på mig. Deras ansvar är att tro på vad jag vill och lita på mig att jag kan”.

En intervjuad tog upp maktfrågan i samband med samverkan:

”Oviljan att samarbeta och hävda sekretessen handlar om rädsla att förlora en maktposition”

När det gällde vilka som skulle kallas till GIH-samverkan hade det varit litet olika, men man tyckte att man varit med och bestämt i olika hög grad eller åtminstone kunnat påverka. Antingen bestämde man helt själv, man tog en anhörig till hjälp, handläggaren föreslog och man samtyckte eller sådet var bestämt innan och man tyckte det var okey.

5. Handlingsplanen

Tre av de intervjuade hade varit med och skrivit någon form av handlingsplan tidigare. De planerna hade skrivits på AMI på fastlandet, inom socialtjänsten ganska nyligen eller inom det arbets träningsprojekt en av de intervjuade deltog i.

”*Min handlingsplan*” har en enkel utformning i 4-sidigt A5-format (se 4.5.2.)

De intervjuades *förväntningar* på GIH varierade utifrån tidigare erfarenheter av myndighetskontakter. Två personer hade höga förväntningar, en medelhöga. Det egna ansvaret och vikten av att jobba själv för att nå målen uttrycktes tydligt av två personer.

”Min förväntan på GIH var medelstor. Det allra mesta hänger på mig själv om det ska gå bra. Men jag vet att jag behöver mycket puffar för att gå framåt. Jag är lat”.

Angående *själva dokumentet* "Min handlingsplan", var de intervjuade övervägande positiva, även om de hade synpunkter. En person tyckte att dokumentet var för enkelt. Det borde ha varit proffsigare, haft en mer seriös framtoning.

"Varför inte lägga in på datorn? Nu har jag tappat bort den och är osäker på om det finns kopia".

Motsatt synpunkt kom från en annan intervjuad:

"Den här planen är min. Den har jag under armen vart jag går. Lätt att ta med sig. Den tänker jag ha med vid besök hos myndigheterna"

En person fann dokumentet litet svårförståeligt. Vad menades med *delmål*? En annan ansåg att tidsperspektivet kunde ha varit tydligare. När bör målen vara nådda? Samtidigt var denne person mycket nöjd med att nu få en kontaktperson utsedd, vilken skulle ansvara för att planen följdes upp.

Vilka *mål* hade då de intervjuade? Huvudmålet för alla fem deltagarna var att få ett riktigt arbete och uppnå egen försörjning. Två personers mål var mycket yrkesspecifika, medan det för tre personer framför allt var viktigt att uppnå egen försörjning genom någon form av arbete på öppna marknaden. Två av de senare markerade vikten av att det måste fungera för hela familjen och bli en bra hemsituation. Då får man kanske ge avkall på något av sina egna ambitioner. Men drömmar fanns; att skriva en bok eller att kunna hjälpa andra genom att dra nytta av sina erfarenheter. Ett tydligt mål för en intervjuad var att klara sig utan alkohol i framtiden, för en annan att uppnå bra familjerelationer.

Vilka *hinder* för att nå sina mål kunde de intervjuade se att det funnits tidigare? Här finns det lika många olika svar som intervjuade:

"Jag har inte vetat vad jag velat tidigare".

"Jag har haft mycket problem tidigare, både med jobb och med familjen. Har nog blivit litet apatisk. Det har varit svårt att ha sökt jobb gång på gång och fått nej eller inget svar alls."

"Min skada försvårar för mig att få jobb. Jag tycker att jag blev friskskriven för tidigt, gjorde ingen rehabiliteringsplan".

"Myndigheternas regler har inte stämt med mina mål. De har mera hindrat än hjälpt".

"Min egen lathet".

För att nå sina mål hade de intervjuade tillsammans med handläggarna i flerpartsamtalen formulerat olika *delmål*. Det kan handla om att över huvud taget komma igång att söka jobb, sommarjobb eller praktik. Ett par personer insåg att de måste ha mer utbildning för att nå sina mål och har börjat ta reda på vilka möjligheter som finns. En har börjat aktivt att träna upp färdigheter som behövs i hans "drömyrke".

Vad tror man då att *myndigheternas mål* för en själv är? När det gällde målet arbete och egen försörjning var alla, utom en, eniga om att det också var myndigheternas främsta mål. Man trodde också att det fanns förståelse för att arbetet måste anpassas till hela familjens situation. En uttryckte

tveksamhet om myndigheterna litade på att han skulle nå sitt mål avseende yrkesval pga av hans dåliga skolresultat. En person formulerade myndigheterna mål så här:

”Myndigheterna saknar mål för mig. Det är kortsiktiga lösningar och insatser som inte följs upp. Till exempel var jag på ett behandlingshem en gång, men det fanns ingen plan för vad som skulle ske eller göras när jag kom hem. Jag började dricka direkt vid hemkomsten”.

En viktig del av ”plan-arbetet” är *uppföljningen*. Det är meningen att mål och delmål ska stämmas av mot det som skett och att målen även kan revideras eller ändras helt. Alla intervjuade hade en kontaktperson utsedd som skulle ansvara för att planen följdes upp. Vanligast var att det blev initiativtagande handläggare som utsågs, men i ett fall blev det en ny kontakt i en annan myndighet som tog över. Kring tidpunkt och form för uppföljning fanns vissa oklarheter eller skepticism för några.

”Planen ska följas upp vid min vanliga möten på socialen med min handläggare. Men det blir nog litet ytligt, som det brukar vara”.

”Vet inte riktigt. Litet taffligt där. Vi ska ha en ny träff, men vi inväntar resultatet från min jobsökning. Min handläggare på sociala följer upp.”

De andra tre personerna hade mer specificera uppföljningsprogram. Några frågade om jag skulle följa upp GIH-arbetet, vilket de tyckte skulle vara bra.

Tre personer hade stor förhoppning att uppnå sina mål, två var ganska tveksamma.

Vilken nytta har man då upplevt att planen gjort hittills? För samtliga har det inte hunnit gå så lång tid, mellan 2 veckor och fyra månader, men en hel del har hänt redan. Två personer har fått positiv kontakt med AMI. En känner att han nu fått mer press på sig att söka jobb och tycker det är bra. En annan tycker det är bra att kontaktpersonen samlat ihop myndigheterna, då blir det mer press på dem att ”jobba för mig och mina mål”. Den sista har börjat träna de färdigheter som behövs för att uppnå målet.

6. Idealt arbets sätt

Min sista intervjufråga var: *Hur skulle du vilja att myndigheterna arbetade för att hjälpa dig på bästa sätt?* Jag redovisar svaren:

”Lita på mig att jag verkligen kan och vill”.

”Jag borde ha fått mer ekonomisk hjälp till bilen. Det hade underlättat för mig, både att söka och att få jobb och för att skjutsa barnen. Det skulle finnas bättre allmänna kommunikationer på landsbygden”.

”De skulle anstränga sig att förstå människors situation. Ta sig tid. Respektera. Vara lyhörda och lyssna, även mellan raderna”.

”Få fler personliga möten med myndigheterna, att det får ett ansikte – blir en människa. De ska visa vilja och intresse för mig, att det ska gå bra. Personligt engagemang saknas”.

”Att ge mig det jobb jag vill ha snarast möjligt”

7. Exempel på en genomförd GIH:

Samtliga intervjuade brukare har lämnat muntligt medgivande att använda uppgifterna från intervjuerna i uppsatsen. Men de har önskat att jag i görligaste mån inte röjer deras identitet. Nedan följer en sammanfattning av intervju. Vissa personuppgifter har ändrats.

Birgit, 29 år, en brukare som gjort en Gemensam Individuell Handlingsplan (GIH).

”Jag har gått arbetslös i tre år och fått litet arbetsmarknadspolitiska åtgärder. Det har blivit många personalkontakter hittills, blivit bollad hit och dit. Jag har aldrig varit med om samverkan så här förut (arbetsförmedling, AMI, socialtjänst och klient). Konstigt. Borde vara självklart. Det var min handläggare på socialtjänsten som föreslog vilka som skulle träffas i samverkansmötet. Jag tyckte det var okey. Det var bra att träffas runt GIH. Litet jobbigt, men det kändes ändå bra att vara i fokus för myndigheternas intresse. Jag upplevde att man lyssnade på mig. Jag har gett myndigheterna medgivande till samarbete, så nu får de ta kontakt med varandra som de vill och behöver. Jag har aldrig varit med och skrivit någon plan tidigare. Jag hade inte så stora förväntningar på GIH, egentligen. Men den här planen (GIH) är min! Den har jag under armen vart jag går. Jag är själv ansvarig till 99% för att målen i planen uppnås. Jag tror att mitt inflytande ökar med GIH. Men, nu måste myndigheterna lita på mig. Mitt långsiktiga mål i dag är att få arbete och kunna försörja mig själv. Det har hänt saker redan sedan samverkan började i höstas. Jag har fått kontakt med AMI, där jag fått mycket vägledningshjälp och hjälp att komma fram till vad jag egentligen är intresserad av och vill jobba med och hur jag ska nå dit. Jag har också fått bättre kunskaper om mig själv och varför vissa saker varit så svåra för mig. Nu har jag kommit fram till att jag vill arbeta i växthus. Jag är mycket naturintresserad och trivs med att arbeta praktiskt. Tidigare har jag inte vetat vad jag ville göra. Nu ska jag först försöka få sommarjobb i något växthus och till hösten söka in på en utbildning, som jag fått tips om. Jag tror att myndigheternas mål med mig är samma som mitt eget. Planen ska följas upp vid mina besök hos socialtjänsten, socialsekreteraren är min kontaktperson. Fast jag befarar att det kommer att bli litet ytligt. Det viktiga nu är att myndigheterna litar på mig att jag verkligen både kan och vill nå mina mål.”

7.3.2. Diskussion

Samtliga fem brukare, som deltog i utvärderingen, uppfyllde kriterierna för målgruppen och hade en komplex problematik. De upplevde sig i högre eller mindre grad som ”rundgångs-ärenden” som fastnat i åtgärder och försörjningsstöd. Brukarna hade, med ett undantag, en lång historia med många myndighetskontakter. Man mindes få tidigare exempel på samordnad organisering kring deras problem, utan man hade blivit skickad eller gått själv mellan olika aktörer. Dagens hjälpapparat verkar inte ha varit effektiv för dessa människor och deras behov. De har haft sammansatta behov som inte kunnat lösas av en enda myndighet, såsom Benny Hjerm beskriver i sin organiseringsteori (Hjerm, 1983, 1993, 1995). En problematik som blir mycket tydlig i den gotländska ”För vem”-studien (Andersson-Linder – Löfgren, 1999), (se 4.3.).

Alla brukarna hade uppskattat handläggarnas initiativ till samverkan, som man sen gett skriftligt medgivande till. Lämpliga mötesdeltagare hade man i viss mån varit med och utsett. Sekretess uppges ibland som hinder för samarbete, men det var enligt en brukare, bara ett uttryck för en maktposition. Han förordade till och med samkörning av register om det gagnade hans sak. Varför var då detta samverkansmöte så viktigt för brukarna? Man angav flera skäl. Man hade känt sig i fokus för myndigheternas intresse på ett mycket speciellt och positivt sätt. Handläggarna hade varit

engagerade och lyssnat. Det kunde kännas jobbigt att sitta i gruppen, men ändå viktigt. Den plan man själv skrev, diskuterades tillsammans och undertecknades av alla deltagare. Det gav den tyngd och upplevdes ge en större press både på den själv och aktörerna att arbeta för att nå målen. Man kände sig delaktig och ansvarig. För att tala med Antonovski, (Antonovsky, 1987) så hade deras KASAM ökat. Men det fanns hos brukarna en viss skepticism gentemot handläggarnas genuina vilja att fullfölja planen. Kommer de att lita på mig att jag både kan och vill ta eget ansvar? Var klientens bemyndigande, empowerment, i centrum för det sociala arbetet, som Hasenfeld (1992) förespråkar. Handläggarna förfogar över resurser som brukarna behöver, t.ex. pengar eller vård, vilket försätter dem i en maktposition. Det är brukarna är medvetna om. Men Habermas (1981) anser å priori att människor är myndiga, dvs autonoma och ansvariga för sina liv. Brukarna här medger att de är beroende av myndigheternas hjälp och stöd för att nå sina mål men, till sist, är de själva ansvariga.

Att just med egna ord formulera planen har varit en mycket betydelsefull del av GIH. Övrigt, svårt men viktigt. De övergripande målen var inte så svåra att formulera; arbete och egen försörjning var gemensamt för alla. Vägen dit kan vara lång, vilka är tidsperspektiven, hur stora valmöjligheterna? Hur informerad är man om alternativ och hur stor är friheten att välja? Till exempel vilka som ska ingå i mitt "GIH-team". Det ser jag som en viktig maktfråga. Genom att ge valfrihet behandlas, enligt Bo Rothstein (1996), medborgarna med lika omtanke och respekt. Vem bestämmer dessutom när de skrivna målen är nådda, brukarna eller specialisterna? Går det att hitta en balans mellan brukarnas behov och samhällets krav?

Som ett idealt arbets sätt hos myndigheterna beskriver en brukare förmågan att verkligen ta sig tid, att anstränga sig att lyssna och förstå respektera och vara lyhörd. Personligt engagemang och tillit till min förmåga är andra beskrivningar. Kanske är det mycket en fråga om bemötandet, ett förhållningssätt där brukaren sätts i centrum, som är det centrala. Enligt brukarna är GIH en ansats i rätt riktning. Det har redan hänt en del positiva saker som en tydlig följd av detta. Men man vill avvakta och se hur handlingsplanen efterlevs och följs upp innan de fäller ett slutgiltigt omdöme.

7.4. Handläggarnas utvärdering av GIH

7.4.1. Resultat

1. Urvalet av brukare till GIH-projektet

Målsättningen var att samtliga deltagande handläggare skulle göra minst en GIH var, dvs sammanlagt minst åtta stycken under en tre månaders försöksperiod. Resultatet blev att totalt sju fullständiga GIH har upprättats av fyra handläggare under en utsträckt försöksperiod på fem månader, men att ytterligare cirka femton GIH var "på gång".

Handläggarna uppfattade kriterierna för målgruppen som tydliga, enkla och relevanta. Med viss förvåning upptäckte de att det fanns färre individer som tillhörde målgruppen än man förväntat sig vid sina respektive myndigheter. En handläggare hade sammanställt en lista först på alla brukare som uppfyllde kriterierna, innan hon gjorde urvalet. De andra tänkte mer på om GIH var lämpligt för de brukare de mötte i löpande handläggning. Flera betonade det viktiga med "timing"; att föreslå GIH när det var rätt läge i rehabiliteringsprocessen. Det handlar om någon slags "fingertoppskänsla" som var litet svår att beskriva. En del brukare hade någon form av skriftlig eller muntlig handlingsplan upprättad tidigare, inom egen myndighet eller hos andra. Hur ska man förhålla sig till det? Handläggarna har generellt valt ut brukare som var välmotiverade till att delta i GIH. Det ansågs vara

en förutsättning och det måste fåta tid att nådit. Det är i princip frivilligt att delta i GIH men handläggarna har reflekterat över hur frivilligt det egentligen kan vara eftersom brukarna är i behov av sitt försörjningsstöd. Att det finns en bra relation mellan handläggare och brukare ansågs vara en grundläggande faktor i urvalet för att kunna upprätta en GIH. Det är också viktigt att det finns tid att skapa förutsättningar för en bra relation.

De handläggare som inte gjort någon plan anförde följande skäl:

- Organisationsförändringar och arbetsförhållanden anses ha omöjliggjort GIH-arbete (gäller både deltagarna från försäkringskassa och arbetsförmedling)
- Tidsbrist eller byte av handläggare
- Myndigheten stöttar varken individperspektiv eller samverkan.
- Andra myndigheter har valt andra lösningar
- Brukarna har valt annan inriktning
- Svårt att hitta brukare som ”passar” för GIH eller såhar man inte hittat ”rätt” läge.
- Försöket var för kort

2. Erbjudande att delta i GIH

Handläggarna har använt sig av olika strategier för att erbjuda brukarna deltagande i GIH. Det här momentet har inte varit helt lätt. Både inre motstånd och osäkerhet om metoden anfördes som skäl. Det underlättade att kunna säga att GIH är ett projekt, ett försök att pröva en ny metod med syfte att göra det bättre för individen. Man har upplevt att brukarna känt sig utvalda och speciella genom att de erbjudits att delta i projektet och sedan få delge sina åsikter om myndigheternas metoder. Det samtycke till myndighetssamarbete som brukaren skriver under, har också använts som en information om GIH. Två personer har hittills tackat nej till att delta. Trolig orsak är tidigare misslyckande vid en myndighet, där man känt sig kränkt respektive att man varit i en skör situation.

3. Samverkan

Handläggarna är vana att samarbeta men inte i formen av GIH. Samverkan tar mycket tid. Det har varit svårt ibland att samla handläggare från andra myndigheter till möte, långa väntetider kan förekomma. Handläggarna hade känt en viss osäkerhet inför samarbetet med andra aktörer. Man var på något sätt rädd för att verka stöddig genom att ta initiativet att kalla in andra myndigheter till samarbete runt ”sin” klient. Det kunde kanske upplevas som om man ville påpeka för andra aktörer vad de borde göra. Man är van vid att framför allt ta informella kontakter ned andra aktörer runt en klients problematik, men inte att samarbeta direkt i rummet med klienten. Man är också van att ofta arbeta ensamma och ta eget ansvar. GIH-projektet har dock gett handläggarna mandat för att inbjuda till samarbetet, vilket påskyndat arbetet. Handläggarna kände viss oro för att utsätta sina brukare för en situation i samverkan som de inte skulle klara eller var mogna för. Något de insåg även påverkades av deras egen osäkerhet.

Samarbetspartnern/a hade sämre kännedom om GIH än de som deltog i projektet. Man fick liksom ”värva” både brukaren och samarbetspartner för idén. Olika förhållningssätt, språk och regelsystem hos samarbetande parter gjorde det svårt att arbeta effektivt tillsammans. Samarbete förutsätter enighet om idé, syfte och mål. Man betonade vikten av att samarbetspartnerna var informerade om GIH. Detta ledde till ett beslut att alla handläggarna snarast skulle informera sina kollegor om GIH. Önskeläge är att individerna själva initierar samverkan mellan aktörerna.

Tidiga diskussioner och planering tillsammans med andra aktörer har varit bra. Det här var ett nytt sätt att få alla i myndighetsnätverket kring individen delaktiga /delansvariga.

”Det är bra att samarbeta med andra myndigheter. Myndigheterna har ett gemensamt ansvar, samtidigt som man måste kunna lämna ifrån sig ansvar”

”All kompetens samlas vid ett tillfälle. Fokuseras med kunden i centrum”

”Genom samverkan kan vi undvika missförstånd och dubbelarbete”

Mötena har blivit informativa och kreativa med snabba beslutsvägar. Brukarnas eventuella ”dribbelrisk” (utnyttjande av myndigheternas dåliga samarbete) minskas genom GIH.

Individerna kan bli motiverade och stärkta av att vara i centrum och aktivt diskutera den framtida planeringen. Samverkan är viktig. Kanske GIH spar tid?

”Det har blivit lättare att samverka nu i och med GIH. Inom psykiatrin vill man återinföra rehab.möten (samverkansmöten tillsammans med patienten).”

Viss oro finns det dock i handläggargruppen för att samverkan ska upphöra efter att SOCSAM/FRISAM avslutas.

”Vad blir det efter SOCSAM/FRISAM? Samverkan måste sätta sig i väggarna. Det gör det allt mer. Men det måste underhållas.”

”Med individen i fokus bör samverkan egentligen ske automatiskt. Men socialtjänsten behöver vara offensiv här. Det finns mycket okunskap om varandras myndigheter ännu. Bedömningarna är också olika. Tydligt uppdrag från cheferna att samverka är viktigt.”

4. Inflytande

Brukarinflytande är svårt! Man upplever GIH-arbetet som ett annorlunda förhållningssätt gentemot brukarna än man är van vid. Handläggarna anser att målgruppen ofta har en bristande förmåga att formulera mål och delmål, som kan vara både diffusa och/eller orealistiska. De ser även en konflikt i att ge brukarna möjlighet att själva formulera sina mål och delmål samtidigt som de, som handläggare, har tydliga uppdrag från sin myndighet. Till exempel kan det handla om att snabbast möjligt få sina brukare friska/rehabiliterade eller att uppnå egen försörjning. Vem bestämmer sedan när brukaren är frisk eller arbetsförmögen? Specialisterna eller brukaren själv? Det finns här en uppenbar risk att man som handläggare går in och tar över och formulerar individens mål och delmål, eller anpassar dem till vad man själv anser mer realistiskt och nåbart. Man är van att styra planeringen och har ofta svårt att vänta in att brukaren kommer fram till sin plan. Individinflytande tar tid och tid är en bristvara. Trots alla svårigheter och hinder handläggarna kan se med individinflytande vill de markera att det är viktigt. Brukarna har blivit mer aktiva och även mer ansvariga. Men man konstaterar att det samtidigt sker en maktförskjutning. Det har känts spännande och som en stor utmaning att pröva en förskjutning mot brukarmakt, samtidigt som det varit tryggt att göra det i form av ett försök. Vad händer om man verkligen försöker stödja brukaren till att formulera sina egna mål och sitt ansvar för att nå dit och aktivt stöttar honom i den processen? I slutändan upplever man sig ändå såsom handläggare ansvarig för att det ska bli bra för brukaren och att han rehabiliteras, kommer i arbete mm.

”GIH var svårare än väntat. Först var samverkan i fokus, sedan handlingsplanen, sist kom individen. Det är svårt med individens perspektiv. Är alla kapabla att skriva sin plan? Våra gamla roller som myndighet respektive klient ändras”.

6. Handlingsplanen

Det har funnits ett visst motstånd bland handläggarna mot att använda ”*Min handlingsplan*” (se 4.5.2.) som dokument, det har känts litet obekvämt. Alla är inte ens vana vid formella handlingsplaner vid sin myndighet. Socialtjänsten, med ett undantag, var här mest ovan att använda behandlingsplaner för brukare, medan det var mest naturligt för arbetsförmedling/AMI och försäkringskassa. Det tydliga brukarperspektivet i planen har upplevts positivt och som en utmaning. Man tror att det blir bra att ha denna plan att gå tillbaka till i den fortsatta kontakten med brukaren. Osäkerhet har rått om huruvida planen bara ska finnas hos brukaren, men kommit fram till att myndigheten behöver ha en kopia.

Det är bra att formulera deltagarnas ansvarsområden (brukarens och aktörernas). Alla blir då delaktiga i ansvaret att nå målen. Målet är att få en rehabiliteringskedja utan avbrott.

Något som poängterades vid ett möte var ”*tidsaspekten*”. Man måste finna det rätta läget, ”*timing*”, för att påbörja GIH. För att nå dit måste man först ha etablerat en relation som håller genom hela processen. Detta kan ta lång tid. Att komma fram till de viktiga och realistiska målen för individen kan också ta lång tid. Det kan behövas många möten för det. Finns den tiden? Finns mandat för att detta får ta tid? Här handlar det om ”*biståndsaspekten*” som Stefan Morén (1996) talar om och som sällan dokumenteras i socialt arbete.

Sätten att hantera uppföljningen av planen var olika hos handläggarna. I några fall hade man bestämt tidpunkt för nytt möte med samma handläggare och brukaren, ibland skulle någon ny handläggare tillkomma eller någon bytas ut. Uppföljning endast genom träffar med kontaktpersonen förekom också liksom tanken att följa upp genom myndighetens datasystem. Någon riktlinje för hur uppföljning bör ske enades man inte om men man kunde konstatera att uppföljning var viktig.

Själva mallen kanske måste göras om något, litet mera proffsig. Vissa formuleringar i ”*Min handlingsplan*” bör ändras. Syftet är att formulera sig så ”*lösningfokuserat*” som möjligt (se 4.5.)

7.4.3. Diskussion

Något som har förvånat handläggarna var att färre personer stämde in på kriterierna för att föreslå GIH än de trott. Man behöver inte samverka kring alla sina brukare. Det var svårt att komma i gång och göra planer. Det var något som hindrade och som gjorde dem osäkra. Kanske var det inte så mycket myndighetssamverkan som kändes nytt och osäkert i GIH-försöket. Trots allt var gruppmedlemmarna vana att arbeta tillsammans med andra myndigheter för att lösa brukarnas problem. Men ofta sker det informellt via telefon eller vid rutiniserade möten. Det som var ovant var att nu ha brukaren med. Man uttryckte även oro för att utsätta brukaren för något han inte klarade av.

Det måste också vara ”rätt läge” för GIH i en behandlingskontakt. Det handlar om ”*timing*”, en slags fingertoppskänsla som man har svårt att beskriva. För att nå detta läge behövs tid bland annat för att bygga upp en relation som håller. Det är vad Stefan Morén (1996) beskriver med ”*biståndsaspekten*” i socialt arbetet och som sällan dokumenteras. Den har även lägre legitimitet än t.ex.

myndighetsutövning och rättsäkerhet.

En annan svårighet har legat i att det tagit tid att samla ihop flera personer till möte. Tid är en ofta uttryckt bristvara. Får besvärliga ärenden lov att ta mycket tid? Handläggarna tror nog att handläggningen effektiviseras genom samverkan, men man vet ju aldrig säkert. I några fall hade handläggarna samarbetat med kollegor i gruppen. Det hade klart underlättat samarbetet. Men i övriga ärenden hade de samverkande parterna inte varit informerade och samkörda om metoden, vilket lett till litet konstiga situationer. Enligt Björn Hvinden (1994) underlättar vissa faktorer samverkan. Det är ömsesidig medvetenhet om problemen, samsyn mellan aktörerna angående mål och även ett ömsesidigt beroende att lösa ett visst problem. Såhade det inte alltid upplevts och handläggarna insåg att det var viktigt att informera kollegor om GIH:s syfte och förbereda möten bättre.

De flesta handläggarna var vana att arbeta med arbetsplaner för individen i egna myndigheten. Däremot innebar denna metod ett *annorlunda förhållningssätt* gentemot brukaren. GIH ska vara brukarens egen handlingsplan, som han själv formulerar och har hemma hos sig. Det är hans egna mål och delmål som ska beskrivas, hans eget ansvar och myndigheternas för att nåmånen ska göras tydliga. Det sociala arbetets huvudsakliga funktion är, enligt Hasenfeld (1992), att bemyndiga/empower människor att kunna göra egna val och få kontroll över sin omgivning. Men här blir det en konflikt för handläggarna. Som myndighetsperson känner man ansvar för att ens klienter/patienter snarast möjligt blir rehabiliterade/friska och eller uppnå egen försörjning. Det är deras/myndigheternas mål med kontakten med brukaren. Men det behöver inte nödvändigtvis vara brukarens mål eller så är tidsperspektiven annorlunda. Vem bestämmer när patienten är frisk eller arbetsför? Specialisterna eller patienten själv? Individperspektivet innebär en tydlig maktförskjutning, som handläggarna är medvetna om. De kan besluta om försörjningsstöd ska utgå och vilka villkor som ska gälla för detta utifrån lagstiftning. Hur långt kan man låta brukarna bestämma sina mål och delmål och vilket ansvar har man för att realitetsanpassa dem? Kan man lita på att brukarna verkligen kan ta ansvar, har man ändå inte alltid till sist ansvaret som handläggare? Det handlar om en svår balansgång.

7.4.4. Jämförelse mellan brukar- och handläggarperspektiven och teorier

Jag har valt att sammanställa utvärderingsresultaten av GIH från brukare och handläggare i nedanstående översikt och jämföra dem med mina teoretiska referenser. Jag har också lagt in egna antaganden och brukarnas syn på det ideala sociala arbetet och handläggarnas antaganden i teorikolumnen. Jag har försökt gruppera resultaten så att de kan läsas både lodrätt och horisontellt:

Samverkan

Teorier	Brukare, resultat	Handläggare, resultat
<p>Samverkan nödvändig vid rehabilitering för personer med komplex problematik. (<i>Eget antagande</i>)</p> <p>”Systemvärlden” har alltmer tagit över ”livsvärlden” vilket lett till att samhället blivit svåröverskådligt och svårt att förstå (<i>J. Habermas</i>)</p> <p>Samhällets organisering av hjälpapparaten stämmer inte med medborgarnas ofta komplexa behov. (<i>B. Hjern</i>)</p> <p>Rehabiliterings-resultatet är avhängigt av patientens KASAM - känsla av sammanhang (<i>A. Antonovski</i>)</p>	<p>Samverkan är bra och självklar</p> <p>Samverkan spar tid.</p> <p>Fyra av de fem intervjuade hade aldrig varit med om samverkan förut, trots att de haft många myndighets-kontakter.</p> <p>Samtliga uppskattade myndigheternas initiativ till samverkansmöte. Alla ansåg att samverkan i GIH hade varit bra, en samverkan som de egentligen uppfattade som självklar.</p> <p>Att inte samarbeta pga sekretess är lika med myndighetsmakt.</p> <p>Det var svårt för vissa att sitta i en grupp med flera handläggare, men alla tyckte att det var mycket</p>	<p>Samverkan är svårt och det tar tid att samla till möten. Samtidigt har samverkan varit bra och gett snabba beslutsvägar.</p> <p>GIH är ett bra sätt att göra alla i myndighetsnätverket delansvariga för brukarens rehabilitering.</p> <p>GIH innebär en ny och ovan form av samverkan.</p> <p>Olika förhållningssätt, språk och regelsystem hos de samarbetande parterna försvårar samarbetet.</p> <p>Parterna i samverkan måste ha samma idé, syfte och mål med samarbetet.</p>

<p>Samverkan är bra och självklar (<i>brukarna</i>)</p> <p>Utgår man från individen är egentligen samverkan självklar. Samverkan ger högre effektivitet och bättre kvalitet. (<i>handläggarna</i>)</p>	<p>viktigt.</p> <p>Några noterade att handläggarna inte var samkörda, vilket skapade en del förvirring och osäkerhet.</p> <p>En brukare ansåg att myndigheternas register borde samköras mer, speciellt när det gagnar hans sak.</p>	<p>Det är lättare att samarbeta när man känner varandra.</p> <p>Diskussionerna i handläggargruppen och myndighets-gemensamma utbildningsdagar och café-möten har underlättat samverkan.</p> <p>Man behöver uppdrag och mandat av cheferna för att samverka.</p>
--	--	---

Individinflytande

Teorier	Brukare, resultat	Handläggare, resultat
<p>Individer har liten makt /möjlighet idag att kräva de insatser han anser sig behöva för att nå <i>sina</i> mål. (<i>Eget antagande</i>)</p> <p>Välfärdsstaten har försatt allt fler människor i klientposition. Människorna är <i>á priori</i> myndiga och ansvariga för sina liv och måste ges möjlighet att ta och utöva ansvar. Auktoritetstänkande måste bort (<i>J. Habermas</i>)</p> <p>Det har skett en omfattande värderingsförändring hos medborgarkollektivet i individualistisk riktning, vilket borde förändra välfärdsstatens organisering.</p>	<p>Att själv fåformulera sina mål och sitt ansvar ger större delaktighet och inflytande.</p> <p>Brukarna kände sig generellt bra lyssnade på och respektfullt bemötta i de GIH-samtal de deltog i. Flera av brukarna hade även känt sig respektfullt bemött i sina kontakter med myndigheter tidigare.</p> <p>Brukarna upplevde att deras möjligheter till inflytande ökade genom GIH.</p> <p>Det var bra och viktigt att själv formulera sina egna mål och delmål i planen. Man tyckte det ökade</p>	<p>Brukarinflytande är svårt. Det innebär ett annat förhållningssätt än vad man är van vid.</p> <p>Att genomföra en GIH på rätt sätt innebär en maktförskjutning. Som handläggare får jag en ny roll.</p> <p>Det kan bli en konflikt mellan myndigheternas mål och brukarnas. Vem bestämmer när målen är nådda, brukaren eller specialisten?</p> <p>Är alla kapabla att formulera sina mål själva? Är de realistiska?</p>

<p>(<i>B. Rothstein</i>)</p> <p>Patienter har fortfarande litet inflytande inom hälso- och sjukvården i Sverige. (<i>L. Trädgårdh</i>)</p> <p>Det sociala arbetets huvudsakliga funktion ska vara att bemyndiga människor att göra egna val, få kontroll över sin omgivning och få hjälp att kräva sina rättigheter. (<i>Y. Hasenfeld</i>)</p> <p>Ju mer delaktig en patient är i sin behandling, ju framgångsrikare blir den. (<i>A. Antonovski</i>)</p> <p>Myndigheterna ska ge sig tid och lyssna och försöka förstå min situation och lita på min bedömning och min förmåga. Det är viktigt att själv formulera sina egna mål. (<i>Brukarna</i>)</p> <p>Individperspektivet ger förskjutning av makt och ansvar. (<i>Handläggarna</i>)</p>	<p>pressen påen själv till att ta eget ansvar. Myndigheternas skyldighet att lita på mig och stötta mig betonades också</p> <p>När det gällde att välja vilka som skulle vara med i samarbetet var det inte alltid brukarna som bestämde.</p> <p>Alla brukarna har gett skriftligt medgivande att myndigheterna får samarbeta kring deras situation.</p>	<p>Inflytande är viktigt. Brukarna har blivit mer aktiva och även mer ansvariga genom GIH.</p> <p>Det ideala är att brukaren själv tar initiativ till GIH och själv bestämmer vilka personer/myndigheter som ska delta</p>
--	--	--

Handlingsplan

Teorier	Brukare, resultat	Handläggare, resultat
---------	-------------------	-----------------------

<p>Om man inte formulerat mål och delmål för en rehabilitering och inte utvärderat resultaten, hur kan man då veta om den lyckats? (<i>Eget antagande</i>)</p> <p>Samhället har blivit oöverskådligt och svårt att förstå. Människor behöver hjälp att förstå och att ta ansvar. (<i>J. Habermas</i>)</p> <p>Svenska patienter har liten möjlighet att påverka planeringen av sin egen behandling. (<i>L. Trädgårdh</i>)</p> <p>Klienter måste bemyndigas att göra egna val och få kontroll över sin omgivning. (<i>Y. Hasenfeld</i>)</p> <p>Man kan hantera situationer bättre, om man uppfattar tillvaron som begriplig, hanterbar och meningsfull. (<i>A. Antonovski</i>)</p> <p>Dokumentation avseende biståndsaspekten i socialt arbete saknar legitimitet. Hur synliggörs valmöjligheter och relationers betydelse? (<i>S. Morén</i>)</p> <p>Det är bra att själv skriva och formulera mål, delmål och ansvarsområden. Viktigt att planen följs upp. (<i>Brukarna</i>)</p> <p>Handlingsplan ger större tydlighet åt alla inblandade parter. Lättare att följa upp ärenden (<i>Handläggarna</i>)</p>	<p>Brukarna var övervägande positiva till dokumentet "Min handlingsplan".</p> <p>En person tyckte att den kunde ha ett "proffsigare" utförande.</p> <p>Vissa saker kunde ha förtydligats, såsom delmål. Tidsaspekten borde ha varit med; när bör mål uppnås. Bra att kontaktperson utsågs och ansvarsområden uttrycktes.</p> <p>Bra att detta var en myndighetsgemensam plan. Det ökar press både på mig och myndigheterna.</p> <p>Alla hade mål för framtiden som de tidigare haft svårt att realisera av olika skäl. Delmålen hade gjort brukarna mer aktiva att nå målen.</p> <p>Alla brukare utom en var säkra på att deras mål och myndigheternas var de samma avseende arbete/försörjning. Vägen dit måste dock anpassas efter den individuella situationen.</p> <p>Kring uppföljningen av planen fanns viss osäkerhet. Brukarna hade önskat en större tydlighet där. Uppföljning är mycket viktig. Det sätter press på både brukare och handläggare.</p> <p>Trots att kort tid gått mellan intervju och GIH hade en hel del positivt hänt för de intervjuade, som de direkt kopplade till att planen gjorts.</p>	<p>Dokumentet "Min handlingsplan", kändes litet obekvämt att använda.</p> <p>Dokumentet kändes på något sätt för enkelt, behöver göras mer proffsigt.</p> <p>Det var svårt att inte skriva planen själv.</p> <p>Tidsaspekten otydlig, hur lång tid får det ta att nå målen?</p> <p>Man är ofta för snabb, det är svårt att vänta in brukaren.</p> <p>Det kan ta lång tid att komma fram till en plan.</p> <p>Det har varit bra att ange både mål och delmål och vem som ansvarar för vad. Det har gett tydlighet för alla parter.</p> <p>Det är viktigt att alla punkter i planen omprövas kontinuerligt och att de kan revideras.</p> <p>Uppföljningen av planen är viktig. Tillvägagångssättet behöver förtydligas.</p>
---	---	---

8. DISKUSSION OCH SLUTSATSER

Till sist i denna utvärdering av GIH-försöket vill jag gå tillbaka till syftet och den övergripande forskningsfrågan:

Ger försöket med Gemensamma Individuella Handlingsplaner på Gotland möjlighet för brukarna att definiera sina egna mål och få hjälp av samhällets samlade resurser för att uppnå dessa?

Det har varit en fascinerande resa att följa GIH-handläggargruppen på Gotland och deras projektledare under ett år på deras färd mot en ny metod i socialt förändringsarbete. Eller, är det snarare en färd mot ett nytt förhållningssätt? Deras resa har många gånger varit mödosam men även fylld av nyfikenhet, lust och stimulerande utbyte mellan handläggarna om olika synsätt på väsentliga frågor. Resan har haft många stationer; *från idé till tanke, till ord, till dokument, till handling, till praktik, till reflexion, till utvärdering och fram till lärande.* Från början upplevdes upplägget som ganska tydligt och klart; målet var att förhindra ineffektiv rundgång mellan myndigheter, metoden/vägen som ledde dit hette **Samverkan**. Men resan har bjudit på många överraskningar.

Undersökningen har i stort sett följt min ursprungliga planering. Det som inte blev som jag tänkt mig, var det praktiska genomförandet av GIH. Handläggarna hade under planeringsfasen varit så inriktade på utveckling av samverkan och utformningen av handlingsplanen att de inte riktigt tänkt in sig själva och brukaren i GIH. Svårigheterna var större än handläggarna förväntat. Det praktiska genomförandet av GIH kom igång senare än planerat. Detta innebar dels att brukarna inte kunde följas under så lång tid som jag önskat och dels att det blev färre brukare att intervjua än jag hoppats på. Samtliga tillhörde dock klart målgruppen för projektet. Med de begränsningarna i minnet anser jag ändå att denna utvärdering i sin helhet ger svar på många av de frågor som jag inledningsvis ställde. Om man dessutom lägger handläggarnas utvärdering av GIH till bilden och aspekter på processen i GIH-handläggargruppen tycker jag att man får en både spännande och nyanserad bild av GIH.

För att försöka besvara min forskningsfråga vill jag dela in den i fyra delar:

1. *Huruvida ett försök med Gemensamma Individuella Handlingsplaner på Gotland ger.....*
2. *Möjlighet för brukarna att definiera sina mål...*
3. *Och att få hjälp av samhällets samlade resurser för...*
4. *Att uppnå dessa.*

1. *Här vill jag titta på betydelsen av projektets upplägg och process för att dels arbeta fram en bra och användbar metod och dels för möjligheten att implementera GIH i ordinarie verksamheter.*

GIH-projektet har haft ett klart och tydligt syfte. Detta omfattas även av FRISAM-projektet utifrån dess mål och riktlinjer (Bergius, 1999). Det har en tydlig plan för hur arbetet ska bedrivas och en processinriktad projektledare har hållit ihop och måmedvetet lett gruppen framåt. Projektets deltagare från fyra olika myndigheter har själva, utifrån eget intresse för frågorna, valt att delta i projektet. Det praktiska arbetet med att få fram en metod för samverkansarbete har utgått från handläggarnas egna verksamheter. En successiv inifrån-förståelse har växt fram kring

rundgångsproblematiken och dess konsekvenser, vilket har fått ta tid. Inom projektet har man både tillämpat och utvärderat metoden. Genom att ta del av brukarnas synpunkter har de både stärkts i sin tro på metoden men samtidigt insett att den innebär vissa svårigheter. Ett kontinuerligt lärande har skett under hela projektperioden. Detta tror jag varit viktiga komponenter för att utveckla en metod med god kvalitet. Jämför deltagarbaserad forskning (Holmer - Starrin, 1996) (se 5.4.).

Vid GIH-mötena har GIH-handläggarna mött andra handläggare. Successivt, om än inte strukturerat, har även personal vid myndigheterna fått kännedom om gruppens arbete och om GIH. I GIH-projektets slutskede diskuterade handläggarna hur återföringen av resultaten skulle ske. Ett möte med en grupp mellanchefer från de samverkande myndigheterna är redan inplanerat. För att implementera denna metod, som samtidigt innebär ett nytt förhållningssätt, betonar handläggarna vikten av myndighetsgemensamma utbildningar och kontinuerlig kunskapsöverföring. Det viktigt att få ett gemensamt språk och kunskap om varandras verksamheter, regelverk m.m..

”Samverkan måste sätta sig i väggarna. Det gör det allt mer. Men det måste underhållas”.
(GIH-handläggare)

2. Vilka möjlighet har då GIH gett brukarna att definiera sina egna mål?

De intervjuade brukarna hade gått länge runt i myndighetssystemen (8 månader -14 år). En tillvaro som mycket präglats av arbetslöshet och dessutom många olika personliga problem. Det är mycket som tagit kraft. Man har antingen inte orkat ta i tu med frågor kring sin framtid eller vetat vad man ville göra. I GIH-mötet hade man upplevt sig i ståfokus för myndigheterna och deras intresse och att handläggarna tog sig tid och ansträngde sig för att lyssna och förstå. Att själv med egna ord skriftligt formulera sina mål och delmål var svårt men tillmättes stort värde. Både de som hade lätt för att prata i grupp och de som hade det svårare hade upplevt lika stor nytta med detta sätt att diskutera och närma sig sin målformulering. Kanske ännu viktigare för de som har svårt att själv uttrycka sina önsknings. I samverkansmötet kände brukarna en positiv press på sig att komma fram till och formulera sina mål. Målen fick också en mycket större tyngd så här än om myndigheterna formulerat dem. Brukarna upplevde sig både delaktiga i och ansvariga för sin egen förändringsprocess, samtidigt som de var beroende av myndigheternas hjälp och stöd för att nå sina mål. Vikten av att myndigheterna nu ”litade på mig att jag både kan och vill nå mina mål” betonades starkt av flera. Målet som samtliga brukarna angav var att nå fram till arbete och egen försörjning. Man var dock också angelägen om att få en rimlig hemsituation. Går det alltid att kombinera och kan det också vara myndighetens mål?

Alla GIH-handläggarna tillämpade någon form av handlingsplanering vid sin myndighet. Allt från en plan i huvudet eller journalen till formaliserade handlingsplaner som man skriver tillsammans med brukarna förekom. Det här var dock ett annorlunda sätt att arbeta. Det speciella är att detta är brukarens plan. GIH förutsätter ett annat förhållningssätt än handläggarna ofta var vana vid. De var tveksamma till om alla brukare kunde formulera sina mål, som kunde vara både diffusa och realistiska. Man känner ansvar för att ”verklighetsanpassa” målen och definiera dem mer efter myndighetens behov och krav än efter brukarens. Det är också svårt att låta processen, fram till att brukarna kunde definiera sina mål, få ta den tid som krävs. Man upplever att man alltid har ont

om tid och att det är lätt att snabba på brukaren och gå in och ta över. Handläggarna anser att GIH innebär en maktförskjutning och man känner sig osäker över i vilken grad man kan/får lämna över makt eller inflytande. Hur mycket bemyndigande, ”empowerment”, får man överläta till brukaren? Som myndighetsperson har man uppdrag utifrån lagar och regelverk som styr ens arbete, liksom brukarna också har rättigheter och skyldigheter. Rätten till individinflytande betonas olika starkt i de aktuella lagarna som styr GIH-handläggarna men vikten av detta understrykes i alla.

3. Vilken betydelse har samverkan för brukaren för att nå sina mål ?

De intervjuade brukarna hade samtliga flera myndighetskontakter och de hade haft många under den ofta långa tid de varit i kontakt med hjälpapparaten. Bara en hade tidigare varit med om någon form av myndighetssamverkan, vilket upplevt mycket positivt. Alla brukarna kände sig inte helt missnöjda med den hjälp de fått tidigare, men två uttryckte tydligt hur de upplevt sig bollade runt i systemet utan att någon tagit tag i ens problematik. De samhällsliga institutionerna i dag är, som Benny Hjern (1983, 1993, 1995) beskriver, så många och så specialiserade att det ofta är svårt att hitta fram till rätt vårdgivare. Samtliga brukare hade mycket uppskattat detta samverkansinitiativ. Man hade lämnat skriftligt medgivande, men tyckte egentligen att samarbete mellan myndigheter med olika delansvar i ens förändringsprocess borde vara självklar. Att inte samarbeta med andra myndigheter, t.ex. genom att hävda sekretessbehovet, kunde ses som ett uttryck för rädslan att förlora makt. Samverkan sparade också tid för brukaren. Man kunde få många frågor besvarade och beslut fattade på en gång. Deltagarnas olika ansvar angavs tydligt. Man hoppades att GIH-mötet skulle sätta mer press på myndigheterna att jobba för uppnå sina mål. Brukarnas ansvar för att planen togs med vid fortsatta myndighetskontakter upplevdes som en samtidigt svår och viktig uppgift.

Brukarna hade i olika hög grad varit delaktiga i att besluta om deltagare vid GIH-mötet. Hur informerade eller medvetna var brukarna om deras möjligheter att välja? Bara inom de här samverkande myndigheterna finns många valmöjligheter. Valmöjlighet är en viktig faktor för att känna att man har inflytande och kontroll över sin situation. (Antonovsky, 1987, Hasenfeld, 1992 och Rothstein, 1996)

GIH-mötena hade inte varit helt oproblematiska. Några brukare tyckte att det var ovant och jobbigt att sitta med en grupp handläggare, men alla hade, oavsett detta, ansett att dessa möten varit mycket viktiga och värda besväret. GIH-mötet hade inte upplevts integritetskränkande utan som en kraftsamling kring ”mig och min situation”. Man betonade vikten av att handläggarna var samkörda vid mötet och koncentrerade på ämnet, vilket inte alltid hade varit fallet.

GIH-handläggarna var inte ovana vid att samverka med andra myndigheter. Det sker dock oftast informellt via telefon eller på möten där brukarna inte var med. Det här dock var ett nytt och ovant sätt att arbeta. Man var litet osäker inför hur andra myndigheter skulle reagera när man bjöd in till GIH-möte, skulle det verka ”påfluet”? Trots allt är man mest van vid att arbeta själv och ensam ansvara för att lösa brukarna problem. Genom GIH-projektet fick man dock mandat att inbjuda till samarbete, vilket har underlättat. Handläggarna kände också viss oro för att utsätta ”sina” brukare för en situation i samverkan som de inte skulle klara eller vara mogna för. Det måste vara rätt ”timing”, rätt läge, i en förändringsprocess när man bjuder in en brukare

till GIH-samverkan. Att komma dit kan ta lång tid och fordrar en tillräcklig god relation (Morén, 1996).

Samverkan tar tid. Det är ofta tidskrävande att samla ihop till möten. Men, samtidigt kan samverkansmöten bli informativa och spara tid genom snabba beslutsvägar. Myndighetsnätverket aktiveras och man kan fördela ansvaret. Men då måste man också kunna lämna ifrån sig ansvar. Genom samverkan i GIH bör man också kunna förhindra viss ”dribbelrisk” från brukarnas sida; att de utnyttjar systemet. Samverkan underlättas om man känner eller har träffat de samverkande aktörerna innan. Ett problem i några GIH-möten uppstod genom att samarbetspartnern inte kände till GIH och dess syfte, till exempel att det var individen som skulle stödjas att formulera sina mål. Det hade skapat osäkerhet i mötet. Samstämmighet om mål och syfte vid samverkan är viktigt enligt Björn Hvinden (1994).

4. *Har GIH-arbetet lett fram till att brukarna nåt fram till sina mål?*

Svaret på den frågan är nej. Inte idag och jag vet inte om det sker senare heller. Därtill har projekttiden varit för kort. Några av brukarna hyste stort hopp att de skulle nå sina mål, andra var mer tveksamma. Men jag kan se att samtliga är på väg. Alla brukarna tycker att planen gjort nytta redan, efter att bara mellan två veckor och fyra månader har gått sedan GIH skrevs. Det har blivit mer press på både myndigheterna och de själva; det har hänt saker. Brukare har påpekat att tidsaspekten saknas i GIH. Hur lång tid får det ta att komma till målet? Ett viktigt moment i GIH för brukarna är uppföljningen. I planen ska man skriva hur och när uppföljning ska ske och vem som ansvarar. Där tycker några att det blivit litet otydligt och ”taffligt”. Man har inte alltid bestämt detta klart. Brukarna önskar en större tydlighet där. Vid en uppföljning ska brukarens mål och delmål mm kunna omprövas eller revideras. Uppföljningen är viktig på det sätt att man känner att myndigheterna engagerar sig och bryr sig om att det ska gå bra. Men vem avgör när målen eller delmålen är nådda? Är det brukaren själv eller det handläggaren/specialisten? Även det här är en svår fråga. Här kan lätt individperspektivet och myndighetsperspektivet kollidera. Är brukaren, som Habermas (1981) uttrycker det, *á priori* en autonom person och ansvarig för sitt liv?

Sammanfattningsvis är det min slutsats av denna utvärdering att de intervjuade brukarna som gjort Gemensamma Individuella Handlingsplaner är helt och hållet nöjda med den ansats till ett förändrat arbetssätt och förhållningssätt som detta projekt erbjudit. De känner sig stärkta i sin klientroll gentemot myndigheterna. De uttrycker en stark vilja att följa sin del av avtalet och känner ansvar för att målen nås, samtidigt inser de att de behöver stöd och hjälp på vägen. Däremot är de mer skeptiska till om myndigheterna fullföljer sina åtaganden.

GIH-handläggarna ser mest fördelar med samverkansarbetet i GIH. Trots att det tar tid att samverka, tror man att det blir effektivare än om var och en jobbar för sig. Men samverkan fordrar samsyn och att man är överens om målen. Man uppskattar också mycket att ha en enkel, tydlig handlingsplan som är myndighetsgemensam. Det som upplevs svårast är individperspektivet. Man kan se att brukarna blivit mer aktiva och ansvariga genom GIH. Samtidigt sker en tydlig förskjutning från handläggarmakt till mer brukarmakt. Det är också svårt att avgöra hur långt ens myndighetsansvar går och hur långt man får lägga över ansvar på brukaren. Det är en svår balansgång, men det är viktigt att försöka hitta den balanspunkten.

Det ideala är, som jag ser det, att man kan använda GIH i sin helhet i socialt förändringsarbete för målgruppen. Men jag tror att man även kan använda GIH för brukare som inte har kontakt med flera myndigheter. Utifrån god kännedom om brukaren och en helhetssyn på behoven, kan det många gånger vara värdefullt att ta in andra aktörer kring honom i förändringsarbetet. Lösningen på ett problem kan ju ligga utanför den egna myndigheten. Även om man inte använder hela GIH kan det ofta vara gott nog att tillämpa en eller flera av dess delar:

- Att samverka när det gagnar den enskilde kan aldrig vara fel
- Individperspektiv vid mötet med brukarna, att primärt utgå från dennes behov
- Handlingsplan med tydliga mål, delmål, ansvar och uppföljning bör vara till stor hjälp i behandlingsarbetet och vid utvärdering av resultaten.

Jag är övertygad om att GIH-projektet har lagt en bra grund för att utveckla och påsikt implementera de Gemensamma Individuella Handlingsplanerna som en metod i socialt förändringsarbete i kommunen. Trovärdigheten och tilliten till metoden tror jag blir stor genom att den arbetats fram av kollegor utifrån en verklighet man själv känner till. Utvärderingen har visat att både samverkan över myndighetsgränserna, ett tydligt individperspektiv och en handlingsplan med tydliga mål, delmål, ansvarsfördelning och plan för uppföljning borde vara gynnsamma faktorer för ett framgångsrikt socialt förändringsarbete. Jag anser att GIH har en god potential att bli det den var avsedd att bli, nämligen ett verkningsfullt instrument för att undvika ineffektiv rundgång mellan myndigheter.

Fortsatta forskningsbehov:

En uppföljning av dessa påbörjade GIH, för att på längre sikt se om brukarna når sina mål och vilka faktorer som i såfall påverkar detta.

Att studera utvecklad brukarmedverkan i deltagarorienterad forskning kring metodutveckling i socialt förändringsarbete.

Litteraturlista

- Almqvist, Gunilla m.fl. (1996) *Att öka kvaliteten inom barn- och ungdomshabiliteringen på Gotland – fokusgrupp blev en metod*. Högskolan på Gotland.
- Andersson-Linder, Gunilla (1997), *Ryggteamet. Ett FINSAM-projekt på Gotland*. Visby Vårdförvaltning/Försäkringskassan, Visby.
- Andersson-Linder, Gunilla (1999:a), *Inventering bland basenhetschefer/motsvarande angående samverkan vid rehabilitering, arbetsträning, sysselsättning*. SOCSAM-rapport nr 7. Försäkringskassan, Visby.
- Andersson-Linder, Gunilla (1999:b), *Inflytande och delaktighet – från lag till verkställighet*. SOCSAM-rapport nr 10. Försäkringskassan, Visby.
- Andersson-Linder, Gunilla - Löfgren, Mia (1999), *"För vem-studien" på Gotland. 1997-1998*. SOCSAM-rapport nr 8. Försäkringskassan, Visby.
- Antonovsky, Aaron (1987), *Hälsans mysterium*. Natur och kultur.
- Arbetsmarknadsstyrelsen (2000) *Arbetsmarknadsverket i 2000-talet*. Dnr 99-10775-00. www.ams.se/amv/2000tal.html
- Ardell Jacobsson, Marianne (1997), *Sjukskrivna arbetslösa*. FINSAM-projektet. Försäkringskassan, Visby.
- Ardell Jacobsson, Marianne (1998), *Inventering bland handläggare vid försäkringskassan, arbetsförmedling/AMI och socialtjänsten*. SOCSAM-rapport nr 4. Försäkringskassan, Visby.
- Bergius, Anna-Karin (1999), *FRISAM's projektbeskrivning*. Gotlands kommun.
- Bergius, Anna-Karin (2000), *GIH-projektet. Att uppnå en obruten rehabiliteringskedja mellan samverkande myndigheter genom metoden: Gemensam Individuell Handlingsplan*. KTH/Högskolan på Gotland.
- Dahlqvist, Anna-Lena (1995), *Samarbete – nyckeln till framgång*. Socialhögskolan i Lund.
- Habermas, Jurgen (1962) *Strukturwandel des Öffentlichkeit*. Redovisas i Månson, P. (1998)
- Habermas, Jurgen (1981) *Theorie des kommunikativen Handelns*. Redovisas i Månson, P. (1998)
- Hasenfeld, Yeheskel (1992), "Power in social work practice" i Hasenfeld, Y. (ed), *Human services as complex organizations*. SAGE publications. US.
- Hjern, Benny - Porter, David O. (1983), "Implementation structures: A new unit of administrative analysis". I *Realizing Social Science Knowledge*. Physica-verlag, Wien.
- Hjern, Benny (1993), *Svenskt paradigmskifte; organisering av svensk generalistkompetens*. Umeå universitet.(Stencil)
- Hjern, Benny (1995), *"För vem"- gruppen Rygg- och nackdiagnoser. Lokal utvärdering av projekt 4S i Stenungsund*. 4S, Stenungsunds kommun .

- Hjert, Michael: *Liten introduktion till lösningsinriktat förändringsarbete*. www.fkc.se
- Holmer, Jan – Starrin, Bengt (1993), *Deltagarorienterad forskning*. Studentlitteratur.
- Hvinden, Björn (1994), *Devided against itself. A study of integration in welfare bureaucracy*. Scandinavian university press. Oslo. Refererad i Jacobsson m.fl.(1997)
- Ingelhardt, Ronald (1990), *Culture Shift in Advanced Industrial Society*. Princeton. Refererad i Rothstein, B. (1996).
- Jacobsson, Björn m.fl. (1997), ”Samverkan i rehabiliteringsprocessen – som lösning av rundgångsproblemet”. *Socialmedicinsk tidskrift* 1997:8-9
- Johansson, Hans (1998), *Kneippbyn-projektet – utvärdering av ett arbetsträningsprojekt*. SOCSAM-rapport nr 1. Försäkringskassan, Visby.
- Larsson, Magnus - Nilsson, Margareta (1999), ”Individualiserade serviceprogram”. *Socialmedicinsk tidskrift*. 1999:1
- Larsson, Maria (1998), *Rehabilitering i samverkan mellan sjukhuset, primärvården och socialtjänsten i Luleå och Boden*. Luleåtekniska universitet. (Stencil)
- Morén, Staffan (1996), *Att utvärdera socialt arbete*. Publica.
- Månson, Per (1998), ”Jurgen Habermas och moderniteten” i Månson, P. (ed), *Moderna samhällsteorier*. Rabén Prisma.
- Pettersson, Thorleif (1992), *Välfärd, värderingsförändringar och folkrörelseengagemang*. Carlsons förlag. Refererad i Rothstein, B. (1996).
- Proposition 1991/92:105, *Lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård*. (FINSAM).
- Proposition 1993/1994:205: *Lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring, hälso- och sjukvård och socialtjänst*. (SOCSAM).
- Proposition 1996/97:63: *Samverkan, socialförsäkringens ersättningsnivåer och administration mm*. (FRISAM).
- Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen: *Finansiell samordning 1997:1. FINSAM – en slutrapport*.
- Riksförsäkringsverket (2000), ”Vision 2005” redovisad i *Årsredovisning för socialförsäkringen budgetåret 1999*. www.rfv.se/publi/docs/arse.pdf
- Robson, Colin (1998), *Real world research*. Blackwell Publishers ltd. Oxford. United Kingdom
- Rothstein, Bo (1996), *Vad staten bör göra? Om välfärdsstatens moraliska och politiska logik*. SNS förlag.
- Senge, Peter (1995): *Den femte disciplinen*. Nerenius & Santerus förlag. Refererad i Bergius, A-K, (2000)
- SFS 1962:381: Lag om allmän försäkring
- SFS 1980:620: Socialtjänstlag
- SFS 1982:763: Hälso- och sjukvårdslag
- SFS 1985:568: Lag om särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda
- SFS 1993:387: Lag om stöd och service åt vissa funktionshindrade.
- Socialstyrelsen redovisar 1988:16: *Behandlingsplanering inom socialtjänsten*.
- Socialstyrelsen: *Samverkan för individen. Samverkan inom rehabiliteringsområdet. Andra lägesrapporten 1 juli 1999*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar. 1999:4
- Socialstyrelsen: *Samverkan inom rehabiliteringsområdet*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar. 1998:8
- SOU 1990:44: *Den statliga maktutredningen*. Refererad i Rothstein, B. (1996) och

- Trädgårdh, L. (1999).
SOU 1996:34: *Arbetsmarknadspolitiska kommitténs betänkande: "Aktiv arbetsmarknadspolitik"*.
SOU 1996:85: *Egon Jönsson –en kartläggning av lokala samverkansprojekt inom rehabiliteringsområdet*.
Starrin, Bengt (1993) "Participatory research – att skapa kunskap tillsammans" i Holmer, Jan – Starrin, Bengt, *Deltagarorienterad forskning*. (1993) Studentlitteratur.
Svenska kommunförbundet (1999), *Fokusgrupper, En metod i Kommunalt kvalitetsarbete. Metoder och erfarenheter i kvalitetsarbete nr 1*. ISBN 91-70099-777-2
Svensson, Per-Gunnar - Starrin, Bengt (1996)(ed): "Kvalitativa studier i teori och praktik". Studentlitteratur.
Trädgårdh, Lars (1999), *Patientmakt i Sverige, USA och Holland*. Spri.
Viklund, Margareta (1985), *Aktiv patientmedverkan*. Refererad i Trädgårdh, L. (1999).

Övrigt

- Lokala verksamhetsplaner och verksamhetsberättelser från socialtjänst och hälso- och sjukvård i Gotlands kommun 1997-1999.
Minnesanteckningar från möten med GIH-gruppen

Enkät till handläggare
Projekt Gemensamma Individuella Handlingsplaner

Jag önskar helst att ni har med enkäten ifylld till GIH-träffen den 3 maj.

Handläggare vid:

- Socialtjänst
- Psykiatri
- Arbetsförmedling
- AMI
- Försäkringskassa

1. Har du fullföljt en eller flera GIH, inklusive att individen skriver egen plan, under projektperioden?
JA NEJ

2. Om du svarat JA, besvara följande frågor:

- a) Hur många GIH har du fullföljt?.....
- b) Hur många GIH har du påbörjat men inte kommit till momentet skriva egen plan?.....
.....
- c) Vad tycker du har varit mest positivt med att göra en GIH?.....
.....
- d) Vad tycker du framför allt har varit svårt när det gäller att genomföra en GIH?.....
.....
- e) Förbättringsförslag:.....
- f) Hur kommer de gemensamma individuella handlingsplanerna att följas upp?.....
.....

1. Om du svarat NEJ, svara på följande frågor:

- a) Hur många GIH har du påbörjat men inte kommit till momentet skriva egen plan?.....
.....
- b) Vad är de främsta skälen till att du inte genomfört någon GIH?.....

.....
c) Vilka fördelar kan du se med att arbeta med gemensamma individuella handlingsplaner i ditt arbete som handläggare?.....
.....

c) Vilka svårigheter kan du se med att arbeta med GIH i ditt arbete som handläggare?

.....
1. Övriga kommentarer:.....
.....

Tack för hjälpen!

Gunilla

Bilaga 2

Hej,

Under våren 2000 pågår på Gotland ett försök med annorlunda handläggning av ärenden inom socialtjänst, försäkringskassa, psykiatri och AMI. Om man som enskild person har kontakt med flera myndigheter för sin rehabilitering, ska man kunna erbjudas att göra en Individuell plan i samverkan mellan dessa myndigheter.

För att få veta om detta är en bra arbetsmetod behövs dina synpunkter. Jag skulle därför vilja få möjlighet att kontakta dig för en intervju efter att planen är upprättad. Era synpunkter kommer sedan att sammanställas och presenteras för handläggarna. På det sättet hoppas vi att de gemensamma individuella handlingsplanerna ska bli en bra och användbar metod i rehabiliteringsarbete.

Jag heter Gunilla Andersson-Linder och är anställd av Gotlands kommun som utvärderingsansvarig för SOCSAM-projektet på Gotland. Det är ett samverkansprojekt mellan socialtjänsten, hälso- och sjukvården samt försäkringskassan. Jag deltar nu i en utbildning vid Lunds universitet i Forskningsmetodik, där det ingår att skriva en uppsats. Min avsikt är att denna försöksverksamhet ska bli föremål för mina studier, med särskild tonvikt på era synpunkter och hur de kan tas tillvara för att utveckla arbetet.

Var vänlig och meddela er ansvariga handläggare om det är okey att jag får kontakta er och att jag då får tillgång till ert telefonnummer eller adress. Era uppgifter kommer att bearbetas så att inga utomstående kan särskilja vad just ni har sagt. Deltagande i studien är helt frivillig och du kan när som helst säga att du inte vill vara med.

För ytterligare upplysningar får du gärna kontakta mig. Adress och telefon finns angivna nedan.

Visby 14 januari 2000
Gunilla Andersson-Linder

Bilaga 3

Frågeformulär, brukarutvärdering GIH

G A-L 00-03-14

Intervjudatum:.....
Ålder.....
Kön.....
Utbildning.....
Yrke.....
Initiativtagande myndighet:.....
Kod:.....

A. Problembild

1) Hur vill du beskriva ditt problem; anledningen till att du vände dig till hjälpapparaten för hjälp.
.....

B. Myndighetskontakter innan GIH

2) Hur länge sedan är det som du först tog kontakt med hjälpapparaten ang problemen.
.....

3) Vilken var din måsättning med kontakten då? Vad ville du framförallt få hjälp med?
.....

4) Har du fått den hjälp du har önskat?

Ja Nej Delvis

Vilken hjälp, försörjning mm?.....
.....

5) Hur upplevde du din grad av inflytande och delaktighet vid din rehabilitering/insatser innan GIH?

Mycket litet: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mycket stort

6) Med vilken/vilka myndighet/er har du haft kontakt för att få hjälp?

7) Har de samverkat tidigare kring dig och dina problem?

Ja alltid, Ibland, Nej aldrig Om Ja, I så fall hur?.....

8) Har du tidigare varit med och skrivit en handlingsplan? När, var och hur?

9) Känner du till om någon myndighet gjort någon handlingsplan för dig?.....

C. GIH

10) Hur, när och av vem presenterades GIH för dig?

11) Vilka förväntningar hade du på GIH för att uppnå dina mål?

Mycket små 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mycket stora

12) När hade du ditt första flerpartsamtal i GIH?

13) Vilka var med?.....

14) Bestämde du vilka ? Ja Nej Delvis

15) Hur kändes det att sitta med den gruppen?

Jobbigt, oviktigt 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Intressant, viktigt

...

16) Hur blev du bemött? Kände du att man lyssnade på dig?

Inte bra, lyssnar inte: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mycket respektfullt, lyssnar

17) Vad tycker du om "Min handlingsplan" som metod?

Mycket dålig 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mycket bra

Förslag på förbättringar:.....

18) Vilket är ditt eget långsiktiga mål idag när det gäller din rehabilitering (tillfrisknande, arbete, försörjning mm)

19) Vilket tror du är myndigheternas mål för dig?

20) Hur vill du göra för att nå ditt mål? Vilka delmål har du?

21) Vad har hindrat dig från att nå dessa mål tidigare?

22) Vilket är ditt ansvar respektive handläggarnas ansvar för att du når målet?

Mitt.....

Andras.....

23) Har något positivt hänt hittills?

24) Hur/när ska planen följas upp? Har du en kontaktperson?

25) Vad tror du om dina möjligheter att uppnå dina långsiktiga mål i dag?
Mycket små 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mycket stora

26) Vilket eget inflytande på din rehabilitering tror du GIH ger?
Mycket litet: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mycket stort

.....

27) Tycker du att det är bra att myndigheterna samarbetar kring dig och din rehabilitering?
Ja Nej delvis
Motivera svaret:.....

D. Idealt socialt arbete

28) Hur skulle du vilja att myndigheterna arbetade för att hjälpa dig på bästa sätt?

.....

.....