



Projektet "Hemma- planslösningar i Götene kommun"

UTVÄRDERING ÅR 2010 – 2011

RAPPORT 2012: 1
SKARABORGS KOMMUNALFÖRBUND FoU

INNEHÅLL

Förord	4
Sammanfattning	5
Bakgrund	10
Hemmaplanslösningar i Götene kommun	11
Utvärderingen	12
Resultaten från utvärderingsdel 1 och 2	13
Rapportens innehåll.....	13
Innan, under, och efter projektet	14
Innan projektet	14
Projektets genomförandefas	15
Efter projektet avslutats.....	17
Att arbeta på hemmaplan	18
Samsyn kring arbete på hemmaplan	18
Vad är en hemmaplanslösning?.....	19
Brukarna	21
Några allmänna fakta.....	21
Familjernas behov av stöd och vilket stöd de fått	22
Vuxna med missbruksproblems behov av stöd och vilket stöd de fått	24
Arbetet med effektmålen	27
Minskade kostnader – inte ännu	27
Kommit olika långt med samverkan.....	29
Kvalitet – svårt att definiera	33
Se resultat – inte så enkelt.....	36
Slutsatser och rekommendationer	38
Slutsatser	38
Rekommendationer	40
Utvärderingens metod	42
Metod och tillvägagångssätt	42
Bearbetning och analys.....	43
Metoddiskussion.....	44
Referenser	45
Bilaga 1. Intervjuguide Familjeteamet. Utvärderingsdel 1	46
Bilaga 2. Intervjuguide Rektorererna. Utvärderingsdel 2	47
Bilaga 3. Enkät brukare	48

FÖRORD

Hemmaplanslösningar är inte något tydligt begrepp. Det har ändå blivit benämningen på ett utredningsprojekt i Götene kommun. Det hela startade med ett beslut i Kommunfullmäktige i november 2008 gällande budget för 2009. Det avsattes medel till en utredning gällande behandlingsinsatser på hemmaplan för barn, ungdomar och vuxna. Bakgrunden till det politiska beslutet var, som i många andra kommuner, de stora kostnaderna för vård utanför hemmet för både barn och ungdomar såväl som för vuxna med missbruksproblem. Utredningsprojektets mål var att ta fram insatser på hemmaplan som skulle ersätta all köpt öppenvård och minska behovet av placeringar på HVB (hem för vård eller boende) med 25 %.

Effektmålen var

- Minskade kostnader
- Samverkan, genom delaktighet och helhetstänk
- Kvalitet, genom delaktighet, nöjda brukare, teamarbete
- Personalen skulle se resultat av sitt arbete

Utredningsprojektet genomfördes enligt ITOP-modellen och ledde fram till beslut i Kommunstyrelsen november 2009 om införande av hemmaplanslösningar. Insatserna skulle genomföras i form av utökad personal. Det befintliga Familjeteamet som arbetar med stöd och insatser till barn, ungdomar och föräldrar skulle utökas från två till fem personal och psykiatrins stödteam med en personal så att teamet skulle förstärka sina insatser till vuxna med missbruksproblem.

Utvärderingen har gjorts av Anita Boij, utvärderare, forskare och teol doktor. Anita Boij startade sitt arbete kort tid efter det att de insatserna kommit igång. Vi ville få reda på om de nya insatserna gav önskad effekt i förhållande till de uppsatta effektmålen.

Att genomföra förändringar som innebär omställning till nya arbetsätt för många personer är inte alltid enkelt och tar tid. Inriktningsförändringen har, trots att de flesta delar inställningen och tron på att insatser som ges på hemmaplan är bättre, inte uppfattats tydlig i målbeskrivningar och i ledningens arbete.

Det är ändå mycket glädjande att utvärderingen visar att mottagarna av insatserna, både barn, föräldrar och vuxna är mycket nöjda med de insatser som de fått. Utvärderingen har också gett oss verktyg till fortsatt uppföljning av insatsernas resultat.

Vi hoppas nu att utvärderingen av våra nya hemmaplansinsatser och det arbetsätt vi använt skall ge lärdom om och bidra till liknande utvecklingsarbete i andra kommuner.

Götene den 4 januari 2012

Marianne Olsson
sektorschef/socialchef

SAMMANFATTNING

Här följer en sammanfattning av de resultat som framkommit i utvärderingen av projektet Hemmaplanslösningar i Götene kommun. Syftet var att med en kombinerad process- och målutvärdering få kunskap om hur verksamheten har uppnått sina mål samt att skapa förståelse för projektets möjligheter och begränsningar.

Utvärderingen utfördes i två delar. Den första delen var juni 2010 – april 2011 och den andra var augusti – december 2011. I *utvärderingsdel 1* togs ett enkelt statistiskblad fram som sedan fylldes i under hela utvärderingstiden av berörd personal i Familjeteamet och Stödgruppen. Under båda utvärderingsdelarna har enkäter delats ut till aktuella brukare¹ hos Familjeteamet och Stödgruppen. Gruppintervjuer har hållits med personal i Familjeteamet, Stödgruppen, verksamhetens ledningsgrupp, socialsekreterare, Rådgivningscentrum och rektorer samt två gruppintervjuer med brukare som fått en insats av Familjeteamet eller Stödgruppen. Dessutom har en dokumentgenomgång skett, framför allt i slutet av utvärderingen.

Innan, under och efter projektet

Innan genomförandefasen i projektet påbörjades fanns redan ett Familjeteam med två anställda. Varken Familjeteamet eller socialsekreterarna tyckte att de insatser som de kunde erbjudas på hemmaplan var tillräckliga. När det gäller personer med missbruksproblem var också de insatser som kunde erbjudas på hemmaplan otillräckliga. Det var ofta behandlingshem som blev lösningen på grund av att varken bostadsfrågan eller behandling på hemmaplan kunde lösas.

Projektets genomförandefas har letts av en styrgrupp, arbetsgrupp och projektledare. Själva innehållet finns beskrivet i en Milstolpeplan som togs fram av projektets styrgrupp och arbetsgrupp. Tidsplanen för projektet kunde dock inte hållas när det gällde nyanställningarna i Familjeteamet och Stödgruppen. Först i oktober – november 2010 var alla nyanställda på plats och arbetet enligt det nya arbetssättet kunde påbörjas.

I och med projektet har resurserna på hemmaplan ökat ytterligare. Det befintliga familjeteamet förstärktes med två familjebehandlare och en familjestödjare. Även Stödgruppen har förstärkts med ytterligare en anställd; en socialpedagog.

Under genomförandefasen av projektet har också en stor omorganisation ägt rum inom sektorn Valfärd. Ett av syftena med denna omorganisation är som det står i projektbeskrivningen att "Anpassa organisationen till de nya insatserna".

¹ I den här utvärderingen används ordet brukare för de personer som fått stöd av kommunen. Andra ord som ofta används för dessa grupper är klienter, patienter, vårdtagare.

Trots att genomförandefasen hade förberetts med en förstudie och planeringsfas var det ändå många som vid det första utvärderingstillfället tyckte att de hade fått för lite information om projektet och att de inte var så delaktiga i övergången till det nya arbetssättet.

När *projektet avslutades* togs beslut om att arbetssättet skulle fortsätta som ordinarie verksamhet. Det var nu helt och hållet den ordinarie organisationens ansvar att bedriva verksamheten utan stöd av projektledare och en specifik projektorganisation. Vid det andra utvärderingstillfället, nästan ett år efter att projektet avslutats, var det tydligt att barn och ungasparet hade kommit in i en stabiliseringsfas gällande det här arbetet. I vuxensparet hade mycket litet skett sedan utvärderingstillfälle 1. Arbetet var fortfarande i sin uppstart. Det hade inte blivit någon större tydlighet i arbetsuppgifter, ansvarsfördelning med mera.

Att arbeta på hemmaplan

Redan vid första utvärderingstillfället var det tydligt att alla intervjuade tyckte att tanken att arbeta på hemmaplan var bra, ja närmast självklar. Detta ställningstagande var minst lika starkt i den andra utvärderingsdelen. I intervjuerna har inte någon röst höjts för att det skulle vara negativt att ge stöd på hemmaplan. Det bör dock påpekas att intervjuer som form kan inte mäta hur många som omfattar ett synsätt, utan mer vilka synsätt som finns.

Det som ännu inte var tydligt för flera av de intervjuade var vad som menades med hemmaplanslösning och vilka eller vilken verksamhet som ingick i hemmaplanslösningen.

Bråkarna

Familjeteamet har haft kontakt med 65 familjer under hela utvärderingstiden. Om man räknar antalet unika familjer som de haft kontakt med under hela utvärderingstiden blir siffran 35 familjer.

Det var allra vanligast att en ensamstående förälder med barn fick stöd av Familjeteamet. I genomsnitt fanns det ett barn i familjen. Det var oftast hela familjen som behövde stöd av Familjeteamet, vilket innebär att varje familj behövde ganska mycket resurser. Under hela utvärderingstiden har Familjeteamet haft 1 513 kontakter med familjerna.

De vanligaste insatserna under mätperiod 1 var praktiskt stöd, telefonstöd och olika samtalsstöd. Totalt fick familjerna 118 insatser. Det innebär att de i genomsnitt fick drygt 3 insatser per familj. Under mätperiod 2 var de mest förekommande insatserna samtalsstöd till föräldrar och uppföljningsmöten. Totalt fick familjerna 85 insatser och i genomsnitt drygt 2 insatser per familj.

Totalt har 10 familjer avslutat eller avbrutit kontakten med Familjeteamet under utvärderingstiden. Huvudparten av de familjer som avslutat kontakten övergick till någon annan insats, i ungefär hälften av familjerna nådde arbetet helt de uppställda målen med insatsen och i knappt två tredjedelar av familjerna blev familjesituationen förbättrad.

Stödgruppen har haft kontakt med 15 personer under hela utvärderingstiden. Det motsvarar 9 unika individer. Alla brukarna fick antingen sjukpenning eller försörjningsstöd och hälften eller färre hade ett eget boende. Den vanligaste formen av missbruk var blandmissbruk. De vanligaste insatserna var psykosocialt stöd och stödsamtal. I genomsnitt hade brukarna drygt 3 beviljade insatser var. Under utvärderingstiden hade Stödgruppen totalt haft 1 606 kontakter med brukarna.

Totalt hade 14 avslutanden gjorts under utvärderingstiden. Vid 6 avslutanden var brukarna klara med insatsen. Det var 9 avslutanden som lett till att missbruket hade minskat.

Arbetet med effektmålen

Det första effektmålet, som också är kopplat till projektets huvudmål, var att minska kostnaderna och det var preciserat till "100 % av den köpta öppenvården och 25 % av HVB-placeringar² ska ersättas med hemmaplanslösningar". Knappt ett år efter att arbetet på hemmaplan startade har inte de ekonomiska målen varit möjliga att uppnå. Till största delen beror detta antagligen på att det inte finns tillräckligt med resurser tillgängliga inom kommunen. Även den okända behovssituationen har säkert spelat in.

Det andra effektmålet handlade om samverkan genom delaktighet och helhetstänkande. Brukarna tyckte att samverkan kring dem fungerade bra. För att få ett helhetstänkande kring samverkan behövs säkerligen längre tid i arbetet med hemmaplanslösningar och mer tid avsatt just för reflektion kring förhållningssätt. Utifrån det andra målet kan sägas att en samverkan är på gång, men det finns mycket kvar att göra.

Det tredje effektmålet för projektet handlade om kvalitet och den skulle erhållas genom delaktighet – för alla (utförare och personer som behöver insats), nöjda personer som tar emot insats samt team med fler personal/kompetenser som ger rätt insats i rätt omfattning och nivå. Resultaten visar att i ett mer kvalitativt hänseende ansåg de intervjuade som på ett eller annat sätt arbetade med hemmaplanslösningar att kvalitet var ett svårt begrepp och det var svårt att bedöma om verksamheterna hade en god kvalitet. Enkäterna till brukarna visar att även om kvalitet och nöjdhet inte är så enkla begrepp så hade verksamheterna en bra kvalitet och brukarna var nöjda med den.

² Förkortningen HVB står för Hem för vård eller boende. Det är institutioner som på kommunens uppdrag erbjuder boende till barn och ungdomar som av olika skäl inte kan bo med sin familj. Det finns även boenden för familjer och för vuxna som har olika sociala problem som de behöver vård och stöd kring, utanför sitt egna boende. Dessa boenden kan vara privatägda, kommunalt eller kooperativt ägt och drivet av flera kommuner.

Det fjärde effektmålet handlade om att personalen och att de tydligt skulle se resultat/nytta av sitt arbete. Inte heller det här målet, var enligt många intervjuade, så enkelt. De intervjuade professionella tyckte att det fjärde målet var svärgreppbart i sitt innehåll och svårt som bedömning av arbetssättet. Hos brukarna kunde dock en högre livskvalitet iakttas. Sammantaget går det inte att bedöma om effektmålet är uppnått, delvis uppnått eller inte alls uppnått.

Slutsatser

Det första som kan konstateras är att *de intervjuade anställda i Götene kommun har ett stort engagemang* för att de som behöver stöd också ska få det.

För det andra kan konstateras att *projektets genomförandefas på ett år var alldeles för kort*. Överlag behövs mellan två och tre år för att genomföra ett nytt förhållnings- och arbetssätt. Under genomförandefasen hann precis all personal komma på plats och påbörja det nya arbetet. Därefter var det upp till de enskilda mellancheferna att fortsätta implementeringen av arbetet.

För det tredje kan diskuteras om *huvudmålet* att helt ersätta öppenvård och delvis ersätta HVB-placeringarna var och är ett rimligt mål för verksamheten. För att mer allmänt kunna bedriva hemmaplanslösningar behövs hela kedjan av tydliga och strukturerade åtgärder och insatser. Det behövs generella förebyggande insatser, riktade förebyggande insatser, tidiga insatser och samverkan för att i ett tidigt skede upptäcka de personer som far illa. De biståndsbeviljade insatserna är bara en liten del av det som behövs på hemmaplan. Det kan noteras att särskilt när det gäller barn och unga finns många resurser som om de samordnas mycket väl kan bli en heltäckande hemmaplanslösning. När det gäller vuxna med missbruksproblem finns det mindre resurser inom kommunen än vad det gäller barn och familjer. För att helt ersätta öppenvård och delvis ersätta HVB-placeringarna behövs mer behandlingsresurser på hemmaplan i form av samtalsstöd i grupp och olika behandlingsformer såsom tolvstegsprogram eller liknande. Det behövs antagligen också fler boenden och boendeformer än det som erbjuds idag.

När detta är sagt om det övergripande målet är det så dags att diskutera *de effektmål som satts upp för projektet*. Grunden för effektmål är ofta att de ska vara mätbara såsom det övergripande målet är utformat att "100 % av den köpta öppenvården och 25 % av HVB-placeringar ska ersättas med hemmaplanslösningar". Det är ett mätbart mål. De övriga effektmålen om samverkan, kvalitet och att personalen ska se resultat av sitt arbete är egentligen inte mätbara. Om man ändå skulle försöka att bedöma vilket mål som man kommit längst med; kan man säga att målet om samverkan har delar av barn- och unga-spåret kommit en bit med. De övriga målen är i sitt innehåll svåra att mäta och man kan möjligtvis säga att det återstår mycket att arbeta med.

Det kanske viktigaste i det här sammanhanget är ändå *brukarna, de personer som fått stöd av kommunen*. I den här utvärderingen har de brukare som fått stöd av Familjeteamet och Stödgruppen fått möjlighet att komma till tals. Överlag kan sägas att brukarna är väldigt nöjda med det stöd de fått av Familjeteamet och Stödgruppen. En slutsats av detta är att det stöd som kommunen ger genom Familjeteamet och Stödgruppen har en god kvalitet och ger en förbättrad livssituation för de som får det.

Rekommendationer

Den första rekommendationen är att göra en översyn av arbetet på hemmaplan gällande barn, unga och föräldrar samt vuxna med missbruksproblem. Den andra rekommendationen är att göra en översyn om det behövs ytterligare resurser för att bedriva ett arbete på hemmaplan och om en del resurser kan finnas i närliggande kommuner. Den tredje rekommendationen är att det fortsatta arbetet på hemmaplan behöver ett tydligt och strukturerat ledarskap. Arbetet har inte ännu blivit så implementerat att det är självgående. Förslagsvis behöver de båda sektorscheferna ta fram en handlingsplan för arbetet de närmaste åren. När målen är skrivna för hela verksamheten rekommenderas att varje berörd verksamhet (förskola, grundskola, familjecentrum, vuxenenhet och liknande) lägger tid på att tillsammans läsa igenom målen för det gemensamma arbetet, samtala och reflektera tillsammans.

Till sist kan sägas att Götene kommun, som många andra kommuner, befinner sig i en situation där behoven av stöd är större än resurserna. För att kunna använda befintliga resurser mer optimalt behövs tydliga politiska beslut, ett starkt ledarskap, tydliga ansvarsfördelningar, mycket samverkan och god vilja. I Götene kommun finns förutsättningar för allt detta. Arbetet är påbörjat och med förenade krafter kan ett omfattande arbete för att ge stöd åt barn, unga och föräldrar samt personer med missbruksproblem ske med god kvalitet på hemmaplan.

BAKGRUND

I många av Sveriges kommuner pågår vad som ofta benämns ett arbete med hemmaplanslösningar. Det innebär att man har utvecklat metoder för behandling och stöd på hemmaplan för att i mindre utsträckning behöva ta hjälp av externa behandlare på hemmaplan samt av behandlingshem och institutioner. Ett skäl som ofta framförs för detta har varit ekonomiska, att det är billigare att bedriva stöd och behandling på hemmaplan än på behandlingshem och institutioner. Ett annat skäl har varit att nyttan på stöd och behandling på bortaplan har ifrågasatts och ett tredje skäl är mer av ideologisk karaktär. Det handlar om att det är humanistiskt att ge individen stöd och behandling där den bor, i sin familj, i sin skola och i sin hemmiljö istället för att de ska vara borta ett tag. Det är ändå i vardagen som individen ska fungera.

Begreppet hemmaplanslösningar är dock inte entydigt, utan väcker flera frågor. Vad menas med hemmaplan? Är det idén egna kommunen, i hemmet, skolan eller familjen som är hemmaplan? Oftast får det dock betydelsen i den egna kommunen, att stödet ska ges av kommunen och i hemkommunen. Det finns också sammanhang där det också betyder i det egna hemmet och skolan såsom arbetet med Edvin i fokus i Skara kommun (Boij 2011:4). En annan fråga är vad menas med lösning? Innebär det att man ska hitta en hållbar lösning på kanske fleråriga problem, vilka lösningar har man då evidens för att de är de bästa, är det rimligt att på hemmaplan hitta mer hållbara lösningar än vad hittills skett både av externa aktörer i hemkommunen och externa aktörer utanför kommunen? När ska hemmaplanslösningarna ges? Ska hemmaplanslösningar innehålla generella förebyggande insatser och riktade insatser eller kommer de in först när problemen är så stora att en utredning behöver göras av socialtjänsten?

Den här utvärderingsrapporten har inte som syfte att något djupare gå in på diskussionen om hemmaplanslösningar, men det kan konstateras att frågan inte är enkel. En utförligare diskussion om detta finns bland annat i Torbjörn Forkbys avhandling om "Ungdomsvård på hemmaplan" (2005) och Thorbjörn Ahlgrens avhandling om "Ungdomsbehandling – Hemmaplanslösning som idé och praktik" (2007).

I Sverige minskar överlag institutionsvården för barn och unga, medan öppenvårdsinsatserna ökar. I Socialstyrelsens rapport om "Barn och unga – insatser år 2010" anges att den 1 november 2010 hade cirka 17 200 barn och unga heldygnsinsats. Ungefär 28 300 barn och unga hade en eller flera av de redovisade öppenvårdsinsatserna den 1 november 2010. Fler pojkar än flickor hade öppenvårdsinsats, 56 procent var pojkar och 44 procent flickor (Barn och unga).

När det gäller personer med missbruksproblem ökade istället heldygnsvården, medan öppenvårdsinsatserna låg på samma nivå som tidigare år. Socialstyrelsen skrev i sin rapport "Insatser år 2010 för vuxna med missbruks- och beroendeproblem och övriga vuxna" att den 1 november 2010 hade knappt 2 900 personer insatser inom heldygnsvård, vilket var en ökning med 8 procent jämfört med antalet den 1 november 2009. Av dessa personer

vårdades 90 procent på frivillig grund. Av de vuxna personer med missbruks- och beroendeproblem som hade pågående insatser den 1 november 2010 hade knappt 6 200 personer bistånd som avser boende (samma nivå som 2009) och cirka 11 700 personer individuellt behovsprövade öppna insatser (även det på ungefär samma nivå som år 2009).

Hemmaplanslösningar i Götene kommun

Kommunfullmäktige i Götene beslutade i november 2008 gällande budgeten för år 2009 att det skulle göras en utredning om behandlingsinsatser på hemmaplan för barn, ungdomar och vuxna. Bakgrunden till detta beslut var ett mångårigt bekymmer med att kunna tillgodose de behov av insatser som fanns samtidigt som de ekonomiska resurserna för dessa insatser skulle räcka. Den tilldelade budgeten för denna typ av stöd och vård hade inte varit tillräcklig de senaste tio åren (Projektbeskrivning).

Arbetet har skett i projektform och har genomförts i tre olika delar; genom en förstudiedel (se rapport 2009-06-25 Lars-Åke Skärbratt), genom en planeringsfas och genom en genomförandefas (se projektbeskrivning 2009-12-16). Planeringsfasens arbete ledde fram till beslut av kommunstyrelsen 2009-11-25, om genomförande av projektet i enlighet med det förslag som fanns i förstudien. Samtidigt hade kommunens budget för 2010 och verksamhetsplan för 2011-2012 bearbetats politiskt och beslut om budget som stödde genomförandet av behandlingsinsatser på hemmaplan antogs av kommunfullmäktige 2009-11-23 (Projektrapporten 2011-03-27). Genomförandefasen av projektet påbörjades i januari 2010. Huvudmålet med projektets genomförandefas var att:

Ta fram och införa insatser på hemmaplan som kan ersätta köpt öppenvård och vårdplaceringar utanför det egna hemmet i Götene Kommun. 100 procent av den köpta öppenvården och 25 procent av HVB placeringar ska ersättas med hemmaplanslösningar (Projektbeskrivning).

Genomförandefasen hade också följande effektmål. De var:

- *Minskade kostnader genom*
 - *Mindre köpt öppenvård och institution*
- *Samverkan genom*
 - *Delaktighet/helhetstänkande*
- *Kvalitet genom*
 - *Delaktighet – för alla (utförare och personer som behöver insats)*
 - *Nöjda personer som tar emot insats*
 - *Team med fler personal/kompetenser som ger rätt insats i rätt omfattning och nivå.*
- *Personal*
 - *Att se tydligt resultat/nytta av sitt arbete (Projektbeskrivning).*

Målgruppen för projektet var barn, unga och föräldrar samt vuxna med missbruksproblem (18 år och äldre). Genomförandefasen av projektet skulle vara klart den sista december 2010 och skulle sedan fortsätta som en del i ordinarie verksamhet.

Utvärderingen

Götene kommun gav i juni 2010 A. Boij AB, med Anita Boij som utredare och forskare, uppdraget att utvärdera genomförandefasen av projektet (den kallas ibland för "projektet" i den här rapporten) samt hur arbetet fungerade en tid efter projektets avslutande. Kommunen har också fått stöd av Skaraborgs kommunalförbund till utvärderingen.

Syftet var att med en kombinerad process- och målutvärdering få kunskap om hur verksamheten har uppnått sina mål samt att skapa förståelse för projektets möjligheter och begränsningar. Genom att resultatet redovisades under projektets gång kunde utvärderingen även ha ett utvecklande syfte. I uppdraget ingick också att ge rekommendationer inför fortsatt arbete, vilka finns beskrivna i den här rapporten. Dessutom ingick att ta fram ett förslag på en modell som kan användas som fortlöpande uppföljning inom området, vilken finns i ett separat dokument för internt bruk inom Götene kommun. Utvärderingen utfördes i två delar. Den första delen var juni 2010 – april 2011 och den andra var augusti – december 2011.

I *utvärderingsdel 1* togs ett enkelt statistiskblad fram som sedan fylldes i under hela utvärderingstiden av berörd personal i Familjeteamet och Stödgruppen. Det ingick också två enkla brukarenkäter med delvis gemensamma frågor, en för brukare inom Familjeteamet och en för brukare inom Stödgruppen. Frågorna var i huvudsak slutna, det vill säga att de har förvalda svarsalternativ. Enkäten har delats ut vid två tillfällen; i mars och september 2011 till alla aktuella brukare. I januari – februari 2011 genomfördes intervjuer med personal i Familjeteamet, Stödgruppen, verksamhetens ledningsgrupp, socialsekreterare, Rådgivningscentrum och rektorer samt två gruppintervjuer med brukare som fått en insats av Familjeteamet eller Stödgruppen. Sammanlagt gjordes 9 intervjuer och 33 enkäter samlades in.

Efter den första utvärderingsdelen presenterades de viktigaste resultaten i ett kortfattat PM som också innehöll rekommendationer inför fortsatt arbete.

I *utvärderingsdel 2* gjordes återigen intervjuer med personal i Familjeteamet, Stödgruppen, verksamhetens ledningsgrupp, socialsekreterare, Rådgivningscentrum och rektorer samt två gruppintervjuer med brukare som fått en insats av Familjeteamet och enkäterna delas ut till brukare. Tyvärr ville ingen av de fem brukare som var aktuella hos Stödgruppen ställa upp på intervju, vilket inneburit att deras åsikter inte kunna komma fram. Totalt har 10 intervjuer genomförts. Det delades också ut brukarenkäter och 20 enkäter har lämnats in.

Tabell 1 visar hur många som besvarat brukarenkäten under de olika utvärderingsdelarna och deras kön. Enkäten har även delats ut till barn där så bedömts vara lämpligt och i så fall till barn från 11-års åldern och uppåt. Familjeteamet ger stöd till unga upp till 18 år.

Tabell 1. De svarandes kön och om de var vuxna eller barn. Antal

	Utvärderingsdel 1			Utvärderingsdel 2		
	Föräldrar	Barn	Vuxna med missbruksproblem	Föräldrar	Barn	Vuxna med missbruksproblem
Kvinna/Flicka	10	4	3	7	2	2
Man/Pojke	6	6	2	2	2	1

Det var två personer som inte angett om de var kvinna eller man i enkäten vid utvärderingsdel 1 och de finns inte med i tabell 1. Som synes var det färre som besvarade enkäten i utvärderingsdel 2 än i utvärderingsdel 1.

Dessutom har en dokumentgenomgång skett, framför allt skett i slutet av utvärderingen.

Resultaten från utvärderingsdel 1 och 2

I den här slutrapporten finns resultat med från både den första och den andra utvärderingsdelen. Det görs därför ingen separat redovisning av resultaten från den första utvärderingsdelen. Där det är väsentligt för förståelsen av resultaten skrivs det ut vilken utvärderingsdel de härrör från.

Rapportens innehåll

I nästa kapitel beskrivs arbetet innan projektet, under projektet och efter. Därefter följer ett kapitel om att arbeta på hemmaplan. Sedan kommer ett kapitel om brukarna; deras livssituation och behov av stöd. Därpå följer ett kapitel om de fyra effektmålen och hur de intervjuade resonerade kring dem. Det följs av ett kapitel med slutsatser utifrån de resultat som framkommit i utvärderingen och med rekommendationer. För den mer forskningsintresserade läsaren kommer sist i rapporten ett kapitel om utvärderingens metod och genomförande.

Det bör redan här påpekas att när det gäller barn/ungdomar som fått stöd av Familjeteamet under utvärderingsdel 2 och personer med missbruksproblem som fått stöd av Stödgruppen, är det statistiskt sett mycket små grupper. De resultat som presenteras i rapporten kan därför ha påverkats mycket beroende på hur en individ svarat. Således bör man vara varsam med att dra alltför långtgående slutsatser från de resultaten.

INNAN, UNDER OCH EFTER PROJEKTET

En uppgift i utvärdering var att ta reda på hur man tidigare arbetade med stödet till barn, unga och föräldrar samt med personer med missbruksproblem. I utvärderingen ingick också att studera processen i projektets genomförandefas. Vad var projektets styrka och begränsningar? För att kunna uttala sig om det görs en beskrivning av arbetet innan projektet, under projektet och efter samt hur projektet uppfattades av de berörda.

Innan projektet

I Götene kommun finns många olika professioner och verksamheter som ger *stöd till barn, ungdomar och föräldrar*. Stöd kan ges av BVC,³förskolepersonal, skolpersonal, Familjecentrum, Familjeteamet, Elevhälsan, Rådgivningscentrum, Ungdomsmottagningen med flera.

Innan genomförandefasen i projektet påbörjades fanns redan ett familjeteam med två anställda. De arbetade då med både biståndsbedömda och inte biståndsbedömda insatser till familjer som behövde stöd. Även Rådgivningscentrum arbetade med icke-biståndsbedömda insatser. Det medförde att ibland var, enligt personalen, gränsdragningarna mellan Familjeteamet och Rådgivningscentrum otydliga.

Innan det nya arbetssättet med ett utökat familjeteam tyckte Familjeteamet och socialsekreterarna att de insatser som de kunde erbjuda på hemmaplan inte var tillräckliga. För skolans del var däremot inte skillnaden så stor mellan hur det var innan projektet och under projektet.

När det gäller *personer med missbruksproblem* finns det inte inom kommunen så många olika aktörer som kan ge stöd. Kommunen har en Alkohol- och drogrådgivning dit den som har problem, anhöriga eller andra som kommer i kontakt med personer som har ett missbruksproblem kan vända sig. I övrigt fick den som behövde stöd kontakta kommunens Vuxenenhets för utredning om eventuella behov av insatser.

Innan genomförandefasen i projektet tyckte socialsekreterarna att de insatser som de kunde erbjuda på hemmaplan var otillräckliga. Det var ofta behandlingshem som blev lösningen på grund av att de varken kunde lösa bostadsfrågan eller behandling på hemmaplan.

Innan projektet gick in i sin genomförandefas har facklig information getts om de förändringar som skulle ske i och med projektet.

³ BVC är förkortningen på barnavårdscentral.

Projektets genomförandefas

Här beskrivs hur projektorganisationen sett ut, projektets genomförande, vilka resurser som utökats under projekttiden, den omorganisation som skett inom sektorn Vårdförhållanden samt processen i projektets genomförandefas.

Projektets organisation och genomförande

Projektets genomförandefas har letts av en styrgrupp bestående av sektorcheferna för Vårdförhållanden och projektledaren. Projektet har också haft en projektledare. Det har varit en chef inom kommunen som på ungefär 10 % av sin arbetstid lett projektet utifrån den projektbeskrivning som fanns. Projektledarens uppgift har varit att tillse att den Milstolpeplan som fanns för projektets genomförandefas fortskred som planerat. Projektledaren har arbetat tillsammans med de olika cheferna som i sin tur skulle verkställa projektet inom sina ansvarsområden. Det har därmed varit enhetschefernas ansvar att se till att de beslut som fattats i projektet, rutiner med mera förankrats och genomförts såväl i Familjeteamet och Stödgruppen som hos övriga berörda parter. Utöver styrgruppen har projektet även haft en arbetsgrupp. Den har bestått av berörda enhetschefer inom socialtjänsten samt projektledaren. Projektledningen (projektledare, styrgrupp och arbetsgrupp) har under sina möten samtalat mycket om förväntningar och risker med projektet, dess tidsplan, gjort nulägesanalyser med mera.

Hur projektets genomförandefas skulle utformas finns beskrivet i en Milstolpeplan som togs fram av projektets styrgrupp och arbetsgrupp. Milstolpeplanen innehöll vad som skulle göras i projektets genomförandefas, vem som var ansvarig och när det skulle vara klart. Under genomförandefasen har skriftlig och muntlig information getts till berörda chefer inom skola och socialtjänst. Information har getts till personalen och en Kick-off har genomförts. Sedan tidigare fanns rutiner för kontakter mellan dem som arbetar med barn och ungdomar inom kommunen. I projektet togs fram samverkansrutiner mellan Individ- och familjeomsorgens Vuxenheten och kommunens psykiatriska stödteam.

Tidsplanen för projektet kunde dock inte hållas när det gällde nyanställningarna i Familjeteamet och Stödgruppen. Enligt Milstolpeplanen skulle de nya tjänsterna vara tillsatta under våren 2010. Processen med utlysning av tjänster, intervjuer och anställning drog ut på tiden. Först i oktober - november var alla nyanställda på plats och arbetet enligt det nya arbetssättet kunde påbörjas. Då hade större delen av projekttiden gått.

Utökade resurser

I och med projektet har resurserna på hemmaplan ökat ytterligare. Det befintliga familjeteamet förstärktes med två familjebehandlare och en familjestödare. Vid den andra utvärderingsdelen var en familjebehandlare tjänstledig och istället anställdes en familjestödare som vikarie. I samband med projektet förtydligades både Familjeteamets och Rådgiv-

ningscentrums arbetsuppgifter. Familjeteamet skulle enbart arbeta med biståndsbedömda insatser och Rådgivningscentrum skulle enbart arbeta med ej biståndsbedömda insatser. Även Stödgruppen har förstärkts med ytterligare en anställd; en socialpedagog. Det har även tydliggjorts att det åligger hela Stödgruppen att arbeta med personer med missbruksproblem. Detta var i och för sig inget nytt, redan innan projektets genomförandefas fanns en informell uppfattning bland en del av personalen att Stödgruppen enbart skulle arbeta med personer med psykisk ohälsa.

Organisationsförändringar

Under genomförandefasen av projektet har också en stor omorganisation ägt rum inom sektorn Vårld. Denna omorganisation var helt klar hösten 2011. Sektorn har ansvar för barn, unga och vuxna. Sektorn leds gemensamt av två chefer, som sinsemellan har fördelat ansvaret enligt följande:

0 – 20 år

Pedagogisk omsorg
Förskola
Grundskola,
Gymnasieskola
Elevhälsan
Vuxenutbildning/SFI
IFO barn och unga
Handläggning LSS barn och unga
Fritid ungdom
Familjecentrum
Ungdomsmottagningen
Familjeteamet
Rådgivningscentrum

20 år och uppåt

Äldreomsorg
Handikappomsorg
Flyktingmottagning
Arbetsmarknadsenhet
Kommunens hälso- och sjukvård
Alkohol- och drogrådgivningen
IFO vuxen
Handläggning LSS vuxna
Stödgruppen

För att enkelt benämna de båda delarna inom sektorn Vårld benämns 0-20 år för "barn- och ungaspart" och 20 år och uppåt för "vuxenspart".

Ett av syftena med denna omorganisation är som det står i projektbeskrivningen att "Anpassa organisationen till de nya insatserna". En tydlig intention har varit att organisationen ska göra det så smidigt som möjligt att samverka kring de barn, unga och föräldrar samt vuxna med missbruksproblem som behöver stöd. Det ska inte finnas några murar eller hierarkier som hindrar samverkan. Vem som helst, oavsett placering i organisationen, ska kunna ta de kontakter som behövs för samverkan.

Processen i projektets genomförandefas

Som tidigare beskrivits hade genomförandefasen förberetts med en förstudie och en planeringsfas. På det sättet var inte projektets genomförandefas någon överraskning eller något nytt för de berörda, det vill säga mellanchefer inom socialtjänst och skola (enhetschefer, rektorer med flera) och personalen, främst socialsekreterare, Familjeteam och Stödgrupp.

Ändå var det många som tyckte vid det första utvärderingstillfället att de hade fått för lite information om projektet och att de inte var så delaktiga i övergången till det nya arbetssättet. Vid det första utvärderingstillfället, som var i januari – februari 2011, fanns det mycket upprörda känslor och kritik från framför allt Familjeteamet och Stödgruppen.

I och med att tillsättandet av tjänster drog ut på tiden kan man säga att när det gäller uppstarten av det nya arbetssättet sammanföll det nästan med projektets avslutande. När projektet avslutades den sista december 2010 hade verksamheten precis kommit igång. Därmed låg det mesta av uppstart, implementering och stabilisering efter projektets slut.

Efter projektet avslutats

När projektet avslutades togs beslut om att arbetssättet skulle fortsätta som ordinarie verksamhet. Det var nu helt och hållet den ordinarie organisationens ansvar att bedriva verksamheten utan stöd av projektledare och en specifik projektorganisation. Uppdraget var givet – att arbeta med hemmaplanslösningar – och det blev till största delen mellanchefernas ansvar att fortsätta implementera arbetssättet.

Vid det andra utvärderingstillfället, nästan ett år efter att projektet avslutats, var det tydligt att *barn- och ungaspartet* hade kommit in i en stabiliseringsfas gällande det här arbetet. Man hade nu prövat på arbetssättet och fått mer information. Arbetet var på gång, om än inte helt genomfört. Det fanns fortfarande mycket att arbeta på, vilket kommer att beskrivas senare i rapporten.

I *vuxenspartet* hade mycket litet skett sedan utvärderingstillfälle 1. Arbetet var fortfarande i sin uppstart. Det hade inte blivit någon större tydlighet i arbetsuppgifter, ansvarsfördelning med mera. Trots att arbetet närmast stod och stampade för personalen i framför allt Stödgruppen, var de ändå hoppfulla inför att en förbättring skulle komma.

ATT ARBETA PÅ HEMMAPLAN

Beslutet i kommunfullmäktige var tydligt – mer behandlingsinsatser skulle ske på hemmaplan för barn, ungdomar och föräldrar samt för vuxna med missbruksproblem. Vad tyckte då de intervjuade om tanken att arbeta mer på hemmaplan?

Samsyn kring arbete på hemmaplan

Redan vid första utvärderingstillfället var det tydligt att alla intervjuade tyckte att tanken att arbeta på hemmaplan var bra, ja närmast självklart. Detta ställningstagande var minst lika starkt i den andra utvärderingsdelen. Argumenten för att arbeta på hemmaplan var många. Ett argument handlade om att det ändå är hemma som förändringen måste ske:

Det är ett jättebra grundtänk, för oavsett vart du skickas iväg på behandlingshem och hur länge du är borta så ska du förr eller senare komma hem. Det är hemma som du har haft problem från början. Det är hemma du mått dåligt och det är hemma du utvecklat ett missbruk. Det är också här du behöver lära dig att hantera din livssituation. Sedan kommer vi aldrig ifrån att det är vissa personer som behöver åka bort. Vi kanske kan förkorta tiden, men vissa personer kommer att behöva långa tider. Det vi kan göra är att vi kanske kan få hem dem tidigare. Om inte annat så kan vi ge dem ett ordentligt stöd när de kommer hem (Socialsekreterare, utvärderingsdel 1).

Just det här citatet handlade om personer med missbruksproblem, men liknande tankegångar fanns även kring familjer med problem; att det är hemma i vardagen som livet behöver fungera. Ett annat argument som framför allt framhölls i samband med familjer var vikten av att hålla ihop familjen.

Informant 1: Basen är att det är här de ska fortsätta leva. Det är här som förändringen måste ske, där de bor och i dem som man möter.

Informant 2: I sin familj på hemmaplan, i dagis, i skolan, på fritis, i kamratgängen.

Informant 3. Det är ju det normala. Det känns bättre än att lyfta ur alla ur någonting och så ska de sedan lyftas tillbaka.

Informant 1: Att man strävar efter att hålla ihop familjerna så långt det går

Informant 2. Därför att man vet ju att prognosen blir bättre då. Skolan i hemkommunen är jättejättejätteviktig. Funkar inte den så är det också en riskfaktor som är stor (Familjeteamet, utvärderingsdel 2).

Flera uttryckte att tanken om att ge stöd och behandling på hemmaplan i grunden var humanistisk. Röster har också höjts om att det finns gränser för hur länge det är bra för den enskilda individen att få stöd på hemmaplan, att det faktiskt ibland är nödvändigt att komma bort från sin hemmiljö. Några lyfte fram att det kräver mycket av exempelvis skolan för att kunna hantera de problem som uppstår i skolan.

I intervjuerna har inte någon röst höjts för att det skulle vara negativt att ge stöd på hemmaplan. Det bör dock påpekas att intervjuer som form kan inte mäta hur många som omfattar ett synsätt, utan mer vilka synsätt som finns. Det faktum att alla intervjuade varit

positiva till att arbeta på hemmaplan innebär dock inte att det är problemfritt att ge stöd på hemmaplan eller att det inte skulle kunna finnas några som kanske inte är lika positiva. Det kan ändå konstateras att oavsett om de intervjuade ingick i förvaltningsledningen, var rektorer, socialsekreterare eller arbetade med stöd och behandling fanns det ett stort stöd för tanken att arbeta på hemmaplan.

Vad är projektets hemmaplanslösning?

Utifrån projektets syfte som handlade om att ta fram och införa insatser på hemmaplan som kan ersätta köpt öppenvård och vårdplaceringar utanför det egna hemmet i Götene kommun, ställdes frågor till alla intervjuade om vad de tyckte om detta. Det framkom i intervjuerna som att det ännu inte var tydligt för flera av de intervjuade var vad som menades med hemmaplanslösning och vilka eller vilken verksamhet som ingick i hemmaplanslösningen. Så här sade en intervjugrupp, men liknande tveksamhet fanns hos flera:

Intervjuare: Vad tycker ni om det nya arbetssättet att jobba mer från hemmaplan?

Informant 1: Jag vet inte riktigt vad det nya arbetssättet är. De runt omkring oss tror att allting ska fixas här, att det inte är en samverkan, att vi hjälps åt.

Informant 2: Vi har ju det vi har att erbjuda familjen. En hemmaplanslösning måste ju vara att alla när det gäller ett barn eller en familj måste tillsätta sina resurser och sina yttersta kompetenser och det har inte funkat.

Informant 1: Alla som finns på hemmaplan?

Informant 2: LSS, förskolor eller vad det än är måste man mobilisera inför att nu måste vi plocka dem som har någon specialkompetens. Vi behöver engagera specialpedagoger, kurator eller dem som finns på olika ställen (Familjeteamet, utvärderingsdel 2)

I projektbeskrivningen angavs flera exempel på vad som skulle kunna vara hemmaplanslösningar:

- Stöd i föräldraskap
- Stöd i eget boende
- Stöd i egen aktivitet, såsom sysselsättning och fritid
- Stöd i skolsituationen och skolbarnomsorgen
- Motivationsarbete i missbruksärende
- Behandlingsinsatser för missbruk
- Personligt stöd och social träning

I intervjuerna var det dock få som hade synsättet att hemmaplanslösningar var allas gemensamma ansvar och att det kunde bedrivas på många olika sätt och inom olika verksamheter. För flera verkade hemmaplanslösningar snarast betyda det arbete som Familjeteamet och Stödgruppen gjorde. Det fanns dock många tankar och åsikter om vad en hemmaplanslösning skulle kunna innehålla, men ingen större samsyn.

Flera diskuterade huruvida begreppet "hemmaplanslösningar" överhuvudtaget var rättvisande eller om något annat begrepp skulle användas istället.

Informant 1: Man kanske kan släppa begreppet hemmaplanslösningar och så är det en väg in, hemmaplanslösning eller ej.

Informant 2: Jag har hört så många diskussioner kring hemmaplanslösning, vad det står för. Då har vi ibland begränsat det till de nya insatserna som har tillkommit genom vårt projekt, inte hela paketet. Skolan gjorde det här tidigare, men de tänkte inte att det var något särskilt. Nu säger vi att det är en hemmaplanslösning. Den begreppsdiskussionen tror jag så småningom kan ta slut.

Informant 1: Jag tror att det är viktigt att börja med de här diskussionerna (Ledningen, utvärderingsdel 2).

Det verkar alltså som att det för många inte var tydligt vad hemmaplanslösning innebar och vem som hade ansvaret för vad.

BRUKARNA

Det finns alltså ett stort stöd för att arbeta med hemmaplanslösningar. Vilka är de brukare som under det senaste året fått del av kommunens hemmaplanslösningar? I utvärderingen har brukarna fått svara på en enkät och en del statistikuppgifter har även tagits fram. Här beskrivs brukarnas livssituation och behov av stöd.

Några allmänna fakta

Sedan den nya konstellationen i både Familjeteamet och Stödgruppen har personalen fyllt i en del uppgifter om de brukare som fått stöd av dem.

Tabell 2. Antal brukare och deras medelålder. Antal och medelvärden

	Familjeteamet		Stödgruppen	
	Mätperiod 1	Mätperiod 2	Mätperiod 1	Mätperiod 2
Antal familjer	35 familjer	30 familjer	-	-
Antal vuxna	46	43	6 personer	9 personer
Antal barn	54	46	-	-
Medelålder vuxna	41 år	43 år	39 år	41 år
Medelålder, barn	9 år	9 år	-	-

Som synes har *Familjeteamet* haft 35 familjer under mätperiod 1 och 30 familjer under mätperiod 2 som de gett stöd. Om man räknar antalet unika familjer som de gett stöd till under hela utvärderingstiden, det vill säga från oktober 2010 till 15 oktober 2011, är siffran lägre. Totalt är det 35 familjer som Familjeteamet gett stöd till sedan det nya arbetssättet påbörjades och fram till den 15 oktober 2011. Av dessa 35 familjer var 13 familjer med sedan tiden innan det nya arbetssättet påbörjades. Från och med den 1 oktober 2010 till den 31 mars 2011 (den första mätperioden) hade 18 familjer tillkommit och från den 1 april till den 15 oktober har 4 familjer tillkommit (den andra mätperioden).

Den första familjen som kom till Familjeteamet och fortfarande är aktuell kom i juni 2007 och den senaste i september 2011. I genomsnitt har familjerna varit aktuella hos Familjeteamet i 1 år och 1 månad. Den längsta stödinsatsen har varat i 4 år och 4 månader. Den kortaste varade i 10 dagar.

Tabell 2 visar att *Stödgruppen* har gett stöd till med 15 personer under hela utvärderingstiden. Det motsvarar dock 9 unika individer. Under andra mätperioden tillkom tre helt nya kontakter. Det är svårt att avgöra om antalet brukare som får stöd av Stödgruppen motsvarar antalet som har behov av stöd eller antalet som Stödgruppen har möjlighet att stödja. Detta vore dock en intressant fråga att studera närmare.

Eftersom familjerna och personerna med missbruksproblem har så olika livssituation, redovisas nu en del uppgifter separat.

Familjernas behov av stöd och vilket stöd de fått

Vilka typer av familjekonstellationer fanns bland dem som fick stöd av familjeteamet och hur många barn hade de? I tabell 3 visas de olika familjetyperna och antalet barn per familj. Uppgifterna kommer från de statistikuppgifter som personalen fyllt i under hela utvärderingstiden.

Tabell 3. Familjetyp och antal barn. Antal.

Familjetyp	Mätperiod 1	Mätperiod 2
Ensamstående förälder	22	17
Sammanboende föräldrar	9	8
En förälder och en styvförälder	1	1
Familjehem ⁴	3	4
Totalt antal vuxna	46	43
Antal barn i familjen		
1 barn	20	17
2 barn	5	4
3 barn	5	4
4 barn	1	1
5 barn	1	1
Ej angivet	3	3
Totalt antal barn	54	46

Det var allra vanligast att det var en ensamstående förälder med barn som fick stöd av Familjeteamet. Det vanligast var också att det fanns ett barn i familjen. Tabell 4 visar vilka som fick stöd av Familjeteamet.

Tabell 4. Vilka som hade behov av stöd av Familjeteamet. Antal.

	Mätperiod 1	Mätperiod 2
Hela familjen	22	16
Föräldrarna och något av barnen	3	1
Enbart föräldrarna	3	3
Enbart barnet/barnen	5	2
Ej angivet	2	8
Totalt	35	30

⁴ Familjehem är dock egentligen en insats och inte en familjetyp, men de har ändå räknats med i statistikuppgifterna.

Det vanligaste var att hela familjen behövde stöd av Familjeteamet, vilket innebär att varje familj behöver ganska mycket resurser. Under mätperiod 1 hade Familjeteamet, lågt räknat, haft 645 kontakter med familjerna och under mätperiod 2 hade de 868 noterade kontakter. Med kontakter avses "kontakter med familjen av behandlande karaktär oavsett om det varit lite stöd per telefon eller hembesök". I tabell 5 visas vilka insatser som familjerna fått.

Tabell 5. Vilken typ av stöd familjerna fått. Antal

	Mätperiod 1	Mätperiod 2
Samtalsstöd till föräldrar	21	15
Praktiskt stöd	17	8
Samtalsstöd barn och föräldrar	14	7
Telefonstöd	14	7
Uppföljningsmöte	11	12
Samtalsstöd till barn/ungdom	10	6
Samordningsmöte/nätverksmöte	6	7
Marte Meo	5	6
Aktiviteter i grupp	5	1
Familjeterapeutiskt behandlingsarbete	5	8
Handledning för familjehem	5	1
Miljöterapeutiskt behandlingsarbete	3	3
Komet	1	3
Repulse	1	2
Totalt antal insatser	118	85

De vanligaste insatserna under mätperiod 1 var praktiskt stöd, telefonstöd och olika samtalsstöd. Totalt fick de 35 familjerna 118 insatser. Det innebär att de i genomsnitt fick drygt 3 insatser per familj. Det fanns dock en stor variation. Några familjer fick 9 olika insatser under mätperioden och några familjer fick 1 insats.

Under mätperiod 2 var de vanligaste insatserna samtalsstöd till föräldrar och uppföljningsmöten. Totalt fick de 30 familjerna 85 insatser och i genomsnitt drygt 2 insatser per familj. Även under andra mätperioden fanns en stor variation, mellan 1 till 8 insatser. Mellan mätperiod 1 och 2 har alltså det genomsnittliga antalet insatser minskat.

Eftersom flera insatser ges samtidigt går det inte att beräkna de enskilda insatsernas längd eller jämföra längden på olika insatser.

Under mätperiod 1 och 2 hade 5 familjer per mätperiod avslutat sin kontakt med Familjeteamet. I tabell 6 finns orsaken till att de avslutat, om de nått målen och vilka resultaten blivit.

Tabell 6. Hur kontakterna avslutats, om målen och resultaten. Antal

	Mätperiod 1	Mätperiod 2
Orsak		
Klar med insatsen	1 familj	2 familjer
Avbrutit på egen begäran	-	-
Övergått till annan insats	4 familjer	3 familjer
Mål		
Helt uppnådda	2 familjer	2 familjer
Delvis uppnådda		1 familj
Inte uppnådda	2 familjer	1 familj
Resultat		
Familjesituationen mycket förbättrad	2 familjer	1 familj
Familjesituationen ganska förbättrad	-	2 familjer
Familjesituationen oförändrad	2 familjer	1 familj
Familjesituationen försämrad	-	-

Totalt har 10 familjer avslutat eller avbrutit insatsen från Familjeteamet under utvärderingstiden. Eftersom det är så få som avslutat insatsen med Familjeteamet är det svårt att dra några hållbara slutsatser. Det kan bara konstateras att huvudparten av de familjer som avslutat insatsen övergick till någon annan insats, i ungefär hälften av familjerna nådde arbetet helt de uppställda målen med insatsen och i knappt två tredjedelar av familjerna blev familjesituationen förbättrad.

Statistikuppgifterna visar att det under utvärderingstiden varit få familjer som avslutat eller avbrutit stödet. Det indikerar att genomflödet i verksamheten är mycket låg och att de familjer som behöver stöd av Familjeteamet behöver det under en lång tid.

Vuxna med missbruksproblems behov av stöd och vilket stöd de fått

De här uppgifterna kommer från och med insatserna påbörjades – och det kan även vara innan det nya arbetssättet påbörjades så långt tillbaka som december 2008 – fram till den 15 oktober 2011. I tabell 7 visas brukarnas försörjning, boende och typ av missbruk.

Tabell 7. Försörjning, boende och typ av missbruk hos de som fått stöd genom Stödgruppen. Antal

	Mätperiod 1	Mätperiod 2
Försörjning		
Sjukpenning/sjukersättning	5	6
Försörjningsstöd	1	3
Boende		
Eget boende	3	3
Tillfälligt ordnat av socialtjänsten	3	3
Behandlingshem		2
Bostadslös		1
Typ av missbruk		
Alkohol	1	3
Blandmissbruk	5	6

Uppgifterna i tabell 7 visar att de personer som fått stöd av Stödgruppen har ett missbruk som verkar beröra hela deras livssituation. Alla behövde ekonomiskt stöd i form av sjukpenning eller försörjningsstöd och hälften eller färre hade ett eget boende. Den vanligaste formen av missbruk var blandmissbruk. Vilket stöd fick då brukarna av Stödgruppen? Tabell 8 visar detta.

Tabell 8. Typ av beviljade insats under mätperioden. Antal insatser.

	Mätperiod 1	Mätperiod 2
Psykosocialt stöd	5	7
Stödsamtal	4	10
Drogtestning	3	4
Medicindelning	3	5
Boendestöd	2	2
Dagverksamhet på Druvan	2	5
Stödperson	1	6
Totalt antal beviljade insatser	20	39

De vanligaste insatserna var psykosocialt stöd och stödsamtal. I genomsnitt hade brukarna drygt 3 beviljade insatser var. Under mätperiod 1 hade Stödgruppen haft 565 kontakter med dessa brukare, och under mätperiod 2 hade de 1 041 kontakter.

Under mätperiod 1 hade 2 brukare avslutat insatsen från Stödgruppen. En brukare hade efter avslutad insats kommit tillbaka och även den kontakten hade avslutats. Totalt hade 3 avslutanden skett under mätperiod 1. Under mätperiod 2 hade 7 brukare avslutat insatsen. Även då hade några avslutat insatsen för att sedan komma tillbaka. Totalt hade 11 avslutanden gjorts under mätperiod 2.

Tabell 9. Hur kontakterna avslutats och om resultaten. Antal

	Mätperiod 1	Mätperiod 2
Orsak		
Klar med insatsen	1	5
Avbrutit på egen begäran	1	4
Övergått till annan myndighet	1	2
Resultat		
Upphört helt med missbruket	1	-
Missbruket minskat	1	7
Missbruket oförändrat	1	4
Missbruket ökat	-	-

Totalt var det 6 avslutanden som berodde på att brukarna var klara med insatsen. Vid mätperiod 2 var det fler brukare som avslutat insatsen med Stödgruppen på grund av att insatsen var klar. För en majoritet av dem som avslutat eller avbrutit kontakten med Stödgruppen under mätperiod 2 hade missbruket minskat.

Det här mönstret att brukarna kommer tillbaka flera gånger är ganska vanligt (se Boij 2010:7) och visar att problemen inte löses så enkelt eller under enbart en insats, utan brukarna har ofta ett återkommande behov av stöd. Resultaten visar också att det är svårt att få missbruket att upphöra helt. Även ett sådant mönster kan iakttas i den redan nämnda undersökningen.

ARBETET MED EFFEKTMÅLEN

Projektet har som tidigare nämnts haft fyra effektmål. De var:

- *Minskade kostnader genom*
 - *Mindre köpt öppenvård och institution*
- *Samverkan genom*
 - *Delaktighet/helhetstänkande*
- *Kvalitet genom*
 - *Delaktighet – för alla (utförare och personer som behöver insats)*
 - *Nöjda personer som tar emot insats*
 - *Team med fler personal/kompetenser som ger rätt insats i rätt omfattning och nivå.*
- *Personal*
 - *Att se tydligt resultat/nytta av sitt arbete (Projektbeskrivning).*

Överlag kan sägas om de här effektmålen att det enda målet som i sig är mätbart är det första effektmålet om minskade kostnader. Till det hör preciserade formuleringar om att man ska inom kommunens verksamhet ersätta all köpt öppenvård och minska HVB-placeringarna med 25 %. De andra målen är inte mätbara på samma sätt, eftersom de inte innehåller några siffror på hur många som ska anse att samverkan fungerar eller som är nöjda med insatsen. Det har dock ställts frågor om dessa mål i både intervjuer och brukarenkäter. Att mäta om någon effekt ändå uppnåtts är ändå mycket komplicerat på grund av effektmålens utformande.

Minskade kostnader – inte ännu

Det första effektmålet, som också är kopplat till projektets övergripande mål, var att minska kostnaderna och det var preciserat till "100 % av den köpta öppenvården och 25 % av HVB-placeringar ska ersättas med hemmaplanslösningar". Den vilken tidpunkt som minskningen av HVB-placeringarna skulle utgå från är år 2009.

Med tanke på att verksamheten inte kom igång förrän sen höst 2010, kan de ekonomiska förändringar som eventuellt skett under 2010 knappast tillskrivas projektet. Under 2010 kunde dock konstateras att när det gällde barn, unga och föräldrar hölls kostnaderna inom den förväntade ramen. När det gällde vuxna med missbruksproblem ökade istället kostnaderna för HVB-placeringar. År 2011, som vid rapportskrivande ännu inte är slut, hade varken kostnaderna för arbetet med barn, unga och föräldrar eller med personer med missbruksproblem hållit sig inom budgeten. När det gäller personer med missbruksproblem håller budgeten för HVB-placeringar, men man har kvar vissa timmar för köpta öppenvårdsinsatser året ut.

I projektbeskrivningen gjordes följande riskanalys kring det ekonomiska målet: "En mer svårbestämd risk är också möjligheten att klara resultatmålet att ersätta all köpt öppenvård och 25 % av HVB - vård från 2010-07-01 både på grund av okänd behovssituation

2010 och framåt samt de förstärkta teamens möjligheter att klara uppgiften”. Här beskrivs två faktorer som kunde påverka möjligheten att uppfylla målet, nämligen behovet och de förstärkta teamens möjligheter att klara uppgiften.

Vad tänkte de intervjuade kring målet? Var det rimligt? Flera tog upp att en förutsättning för att minska kostnaderna var att ha tillräckligt med resurser på hemmaplan för att kunna ge stöd.

Informant 1: Det kostar väldigt mycket om man har de där andra insatserna, men samtidigt så får man ju inte dra ner kostnaderna så mycket att det blir andra konsekvenser. Frågan är om resurserna kommer ut till oss eller på ett sådant sätt att man kan möta varandra.

Informant 2: Vad får det kosta på hemmaplan, kan man fundera på. Det finns ju också en historia hos dem som blivit omhändertagna och som blivit placerade. Vad är det som hänt innan? Vilka lärdomar kan vi dra av det för att vi ska kunna ingripa tidigare? Man kan lära sig av detta också. Någonstans så kommer ju de här behoven att visa sig och kostnaderna. Då måste man vara tydlig med att ha minskade kostnader, men att det måste få kosta på hemmaplan.

Informant 1: Det kan ju hända att man kan få ut mer resurser för den kostnaden här hemma

Informant 2: Det måste ju vara målet (Rektorer, utvärderingsdel 2)

För många intervjuade var det svårt att uttala sig om målet på grund av att de inte hade någon inblick i ekonomin. De som, enligt projektbeskrivningen, tydligast skulle arbeta med hemmaplanslösningar – personalen i Familjeteamet och Stödgruppen – ansåg inte att deras resurser räckte helt för att uppnå målen.

Familjeteamet ansåg att de hade tillräckligt många olika metoder att erbjuda de föräldrar som behövde stöd. De hade också i stort tillräckliga resurser för att ersätta den köpta öppenvården, men att det var betydligt mer resurskrävande att ersätta 25 % av HVB-placeringarna. För att en familj skulle klara av att ha ett barn eller ungdom hemma skulle det kunna kräva stöd hemma i familjen varje dag och de resurserna fanns inte.

Stödgruppen ansåg att de varken helt kunde ersätta öppenvården eller 25 % av HVB-placeringarna. Idag fanns varken tillräckligt med bostäder eller behandling på hemmaplan. För att kunna vara kvar hemma kunde det till exempel behövas att annat boende med personal tillgänglig. När det gällde själva behandlingsdelen fanns inte exempelvis samtal i grupp, tolvstegsprogram, eftervårdsgrupper eller kognitiv beteendeterapi på hemmaplan och inom kommunens verksamhet. Dessa tjänster kunde möjligtvis köpas in av grannkommuner.

De brukare som fått stöd av Familjeteamet upplevde vid både första och andra utvärderingstillfället att det märktes att Familjeteamet hade mycket att göra. Enligt deras perspektiv gick det lite väl lång tid mellan behandlingstillfällena och det var svårt att ändra datum eller få mer stöd på kort varsel. Att personalen verkar ha mycket att göra kan vara ett tecken på att resurserna inte är tillräckliga.

Utifrån detta kan konstateras att knappt ett år efter att arbetet på hemmaplan startade har inte de ekonomiska målen varit möjliga att uppnå. Till största delen beror detta antagligen på att det inte finns tillräckligt med resurser tillgängliga inom kommunen. Även den okända behovssituation har säkert spelat in. Det räcker att barnen i en familj behöver omhändertas och familjehemsplaceras eller att en person med missbruksproblem behöver komma till ett behandlingshem i kanske sex månader för att budgeterna ska överskridas i en så liten kommun som Götene. Även det motsatta gäller givetvis om barn kan fortsätta bo i sitt hem eller någon med missbruksproblem kan få stöd på hemmaplan.

Kommit olika långt med samverkan

Det andra effektmålet handlade om samverkan genom delaktighet och helhetstänkande. Mellan socialtjänsten och skolan finns skriftliga rutiner för hur samverkan ska gå till. I den finns beskrivet när det är dags att samverka, vem som gör vad, rutin för anmälan till socialtjänsten och den innehåller också en telefonlista. När det gäller vuxna med missbruksproblem finns ett samverkansavtal.

Samverkan kan innebära mycket. Det kan vara samverkan mellan olika verksamheter inom socialtjänsten, mellan socialtjänst och skola, mellan socialtjänst och primärvård. I intervjuerna ställdes frågan både mer allmänt och om samverkan mellan olika verksamheter.

När det gäller samverkan inom socialtjänsten, det vill säga mellan de som utreder behov av stöd och de som ger biståndsbedömt stöd, verkar samverkan ha kommit längre i *barn- och ungaspartet* än vid det första utvärderingstillfället. Redan under utredningstiden kunde samtal förekomma mellan socialsekreterare och Familjeteam.

Intervjuare: Hur går ni tillväga under utredningsprocessen om en familj behöver stöd och hjälp, har ni samtal med exempelvis Familjeteamet redan under utredningen för att prata om möjliga insatser?

Informant 1: Ja, det kan vi ha om vi ser att det lutar åt att det behövs familjebehandling i familjen. Sedan kan vi också ha det när utredningen är färdig och då ha samtal med familjebehandlarna i Familjeteamet. Det är lite olika.

Informant 2: Vi väntar ju inte tills utredningen är slut om vi ser behovet med en gång.

Intervjuare: Har ni då ett ganska öppet samtal med Familjeteamet kring problemet?

Informant 2: Ja, vi hade ju det förut. Vi kanske fick något nytt ärende och så pratade vi med Familjeteamet.

Informant 1: Jag tycker att vi gör det nu också. Jag tänker på att vi har två ärenden nu och då har jag pratat med chefen och frågat om vem i Familjeteamet man ska prata med det om. Då kollar hon vem som kan tänka sig att ta det. Sedan får man ett namn, så har man tagit kontakt med den som kan ta ärendet. Vi har haft en öppen dialog innan vårdplanen är skriven, innan vi träffar familjen (Socialsekreterare, utvärderingsdel 2).

Även om mer samverkan skedde nu än tidigare, fanns det mer att göra. Familjeteamet tyckte att de mer skulle kunna komma in och ge stöd redan under utredningstiden om det behövdes, kunna vara ett bollplank under utredningstiden.

Sedan projektet avslutades har den nya omorganisationen också medfört att från och med hösten 2011 ingår Rådgivningscentrum under enheten för stöd och hälsa. När det gäller samverkan mellan Familjeteamet och Rådgivningscentrum har inga förändringar skett. Istället är resultaten desamma som för utvärderingsdel 1:

Det förekom inte heller så mycket kontakter mellan Familjeteamet och Rådgivningscentrum. En anledning till det kunde vara att man hade så tydligt uppdelade arbetsuppgifter, men också att cheferna påtalat att man hade arbetsuppgifter som var helt avskilda från varandra (PM 2011-05-08).

När det gäller samverkan mellan socialtjänsten (här åsyftas både utredningsdelen och behandlingsdelen) och skolan hade också samverkan kommit längre än vid första intervju tillfället. Det bör dock påpekas att det inom skolan finns både resurser och erfarenhet av att själva ge det stöd som behövs. Elevernas behov av stöd diskuteras i arbetslagen, tillsammans med rektor och elevhälsa. I de fall där det fanns behov av att samverka med socialtjänsten verkade rektorerna vara mer förtrogna med den rutin som tagits fram och med hur samverkan kunde ske.

Informant 1: Ser man att ett barn har märken efter fingrar då tvekar man inte, men det händer inte så ofta. Det är det här med det psykosociala som ett barn bär med sig som är svårt att hitta. Det kan vara kommentarer som visar en oro. Det kan bli väldigt allmänt hållet, men det finns en väldigt stor oro (Rektorer, utvärderingsdel 2).

Även i samverkan mellan socialtjänst och skola framkom åsikten att det fanns mer att göra. En del murar hade rivits, men en hel del återstod. De kontakter som fanns mellan socialtjänst och skola var fortfarande mer på ett personligt plan än på ett strukturellt plan.

När det gäller *vuxenspåret* verkade inte samverkan ha kommit så långt mellan socialsekreterare och Stödgruppen. Det tycks ha varit svårt att få en acceptans för samverkan. I utvärderingsdel 1 framkom följande:

När det gällde personer med missbruksproblem var det mesta kring samverkan oklart för Stödgruppen hur det skulle fungera och hur det fungerade, även om det fanns samverkansavtal. Stödgruppen var osäker på hur samverkan med socialsekreterarna skulle ske, om de skulle delta i utredningsprocessen eller bara genomföra de insatser som socialsekreterarna beslutat om.

Socialsekreterarna ansåg inte att de hade tydliga rutiner och planer för hur de skulle fördela arbetet internt (PM 2011-05-08).

Dessa iakttagelser har inte förändrats vid det andra utvärderingstillfället. Snarast verkar arbetet ske på ett mycket traditionellt sätt. Socialsekreterarna ger Stödgruppen ett uppdrag

som både innehåller vad de ska göras och hur det ska göras. Det verkar ännu inte finnas någon större dialog där man tillvaratar varandras kompetenser på ett så optimalt sätt som möjligt.

En väl fungerande grupp för samverkan är dock den Socialmedicinska samverkansgruppen. I den gruppen ingår socialsekreterare, representanter från kommunens socialpsykiatri, alkohol- och drogrådgivaren, primärvården och landstinget. Det är oftast nya ärenden där det kan finnas behov av samverkan som den socialmedicinska samverkansgruppen blir aktuell.

Intervjuare: När blir en person aktuell för den socialmedicinska samverkansgruppen?

Informant: Det kan vara när man påbörjar en ny kontakt och ser att här behövs det både från vårdcentralen ett läkarbesök eller en bedömning, det kan vara vuxenpsykiatri, det kan vara Stödgruppen och öppenvårdsbehandling via Alkohol- och drogrådgivningen. Då aktualiserar man det i den här gruppen (Socialsekreterare, utvärderingsdel 2).

Med personens medgivande diskuterar de olika samverkansparterna vad för stöd och insatser som behövs och vem som kan ta ansvar för det.

En annan del i samverkan är hur brukarna upplever att samverkan fungerar. Både i första och andra utvärderingsdelen ställdes frågor om detta till brukarna både i enkäten och i intervjuerna. Brukarna som hade kontakt med Familjeteamet uttryckte i intervjuerna att samverkan fungerade bra.

Intervjuare: när man har ett barn som behöver stöd, finns det samverkan kring era barn?

Informant 1: Oh, ja! Det funkar bra. vi var på ett möte med både dagis, skola och Familjeteamet. Det var väldigt bra.

Intervjuare: Det innebär att skolan vet om hur ert barn har det?

Informant 1: Oh, ja. Det är öppna linjer mellan oss.

Informant 2: Det är så för oss också med skolan och socialen (Brukare Familjeteamet, utvärderingsdel 2).

När det gäller vuxna med missbruksproblem var det två personer som deltog i intervjun vid utvärderingsdel 1 och ingen ville delta i intervju vid utvärderingsdel 2. Det innebär att det inte går att dra några säkrare slutsatser från det materialet.

I brukarenkäterna som delades ut vid två tillfällen fanns en fråga med om samverkan. Brukarna fick svara på en skala mellan 1 och 10 där siffran 1 betydde "Mycket dåligt" och siffran 10 betydde "Mycket bra". Gränsen mellan bra och dåligt gick mellan 5 och 6. Tabell 10 visar svaren.

Tabell 10. Brukarnas syn på samverkan. Medelvärde

	Utvärderingsdel 1			Utvärderingsdel 2		
	Föräldrar	Barn	Vuxna med missbruksproblem	Föräldrar	Barn	Vuxna med missbruksproblem
Samverkan	7,5	6,8	6,6	7,8	10,0	8,5

Visserligen är underlaget litet, statistiskt sett, men svaren ger ändå en fingervisning om vad brukarna ansåg om samverkan vid det tillfälle då de fyllde i enkäten.

Alla medelvärden ligger över gränsen för vad som kan betecknas som varken bra eller dåligt. Föräldrarnas uppfattning om hur samverkan har fungerat ligger på ungefär samma nivå vid båda utvärderingstillfällena. Att värdena skiljer sig en hel del när det gäller barnen och vuxna med missbruksproblem beror sannolikt på det lilla antalet svarande. Den slutsats man ändå kan dra är att de svarande tyckte att samverkan fungerade bra. Alla var dock inte nöjda och så här skrev en brukare som fick stöd av Stödgruppen i kommentarerna om bristen på samverkan:

Det handlar om brist.

Samtal mellan olika personer i stödet, chefer i enheten (Enkät 4, utvärderingsdel 1).

Av de brukare som fått stöd av Stödgruppen hade under den första utvärderingsdelen 3 brukare fått vårdplanering genom socialmedicinska samverkansgruppen. Under den andra utvärderingsdelen hade också 3 brukare fått en sådan vårdplanering. Det innebär att två tredjedelar av de personer som fått stöd också fått en vårdplanering.

I målen för projektet fanns också att det skulle finnas ett helhetstänkande kring samverkan. I intervjuerna fanns dock detta helhetstänkande främst på en ledningsnivå.

Det är ju den här värdegrunden som finns. Det är inte bara något som bara finns, utan det är något som vi jobbar med hela tiden. Vi har försökt att ge organisatoriska förutsättningar för att det här ska kunna fungera. Sedan gäller det att varje chef arbetar med sin personal och får ut det till dem som faktiskt ska göra jobbet och att det sedan lyser igenom i det praktiska arbetet. Vi var bra på det innan och vi har blivit bättre, men vi måste jobba med det hela tiden (Ledningen, utvärderingsdel 2).

Utöver hos ledningen är det tveksamt om man kan säga att det finns ett helhetstänkande som omfattar alla mellanchefer – exempelvis rektorer – och all personal, såsom lärare, socialsekreterare, behandlingspersonal.

För att få ett helhetstänkande kring samverkan behövs säkerligen längre tid i arbetet med hemmaplanslösningar och mer tid avsatt just för reflektion kring förhållningssätt. Utifrån det andra målet kan sägas att en samverkan är på gång, men det finns mycket kvar att göra.

Kvalitet – svårt att definiera

Det tredje målet för projektet handlade om kvalitet och den skulle erhållas genom delaktighet – för alla (utförare och personer som behöver insats), nöjda personer som tar emot insats samt team med fler personal/kompetenser som ger rätt insats i rätt omfattning och nivå.

I intervjuerna problematiserade de intervjuade en hel del begreppet kvalitet. Vad är kvalitet? Hur kan kvalitet mätas? Utifrån vems perspektiv har en verksamhet en god eller dålig kvalitet? För många var *delaktighet* en förutsättning för arbetet och en självklarhet. Så här resonerade Familjeteamet kring delaktighet.

När jag tänker på våra familjer och vi, då är det delaktighet. För även om vi är ett bistånd är vi jättenoga med, tror jag i alla fall, att vi jobbar på familjens uppdrag, med det familjen känner att de är villiga att förändra. Sedan kan en vårdplan innehålla jättemycket, men vi måste komma överens med familjen. Där tycker jag att vi jobbar mycket med delaktighet. Behandlingsarbetet funkar ju inte annars. Man kan inte tvinga på människor en förändring. Det mesta arbetet måste ändå familjen utföra hemma. Vi finns med ett par timmar i veckan kanske. Där tänker jag att vi har väldigt delaktighet (Familjeteamet, utvärderingsdel 2).

Även rektorerna resonerade på ett liknande sätt. Skolan kunde överhuvudtaget inte ge stöd till en elev utan att föräldrarna var delaktiga. Att de som fick en insats skulle vara nöjda var något som många diskuterade rimligheten i. Rektorerna lyfte fram att nöjdhet kunde betyda mycket.

Informant 1: Då får man definiera vad är nöjd. Är det när de [skolan]⁵ inte ringer längre? De är inte på mig längre?

Intervjuare: Det skulle ju kunna vara att man gör en väldigt bra insats, men föräldrarna är inte nöjda?!

Informant 1: Nej, precis.

Informant 2: Eller tvärtom. Nu händer det inget mer, så föräldern tycker att nu är ingen efter mig, så nu är jag nöjd. Egentligen är det barnets mående som är resultatet.

Informant 1: Det är precis som du säger att man kan göra hur mycket som helst, men föräldrarna är inte nöjda ändå. Då kan man inte ha det som mått. Det blir inte riktigt rätt. Det måste vara barnet som är i fokus. Det kan jag känna från vår position att det är barnet som ska må bra och som ska fungera (Rektorer, utvärderingsdel 2).

Enligt rektorerna kunde nöjdhet för en del innebära att skolan inte lade sig i hur barnen mädde eller hade det hemma och då blev begreppet nöjdhet närmast missvisande. Liknande resonemang hade socialsekreterarna. Ibland fick de i sin myndighetsutövning ta obehagliga beslut som inte alla var nöjda med.

När det gällde kvalitetsaspekten ”rätt insats i rätt omfattning och nivå” var det få av de intervjuade som diskuterade kring den. Det som sades var att det var en självklarhet, men

⁵ Text inom klammer [] är inskriven av författaren för att öka läsbarheten i citatet.

också att för att kunna ge rätt insats behöver man ha kunskap om vilka insatser som finns att tillgå och det behövdes också god samverkan.

I brukarenkäten fanns flera mått på kvalitet med. De handlade om:

- Brukarna snabbt fick det stöd som de behövde
- Om det fanns stöd de efterfrågat, men inte fått
- Om Familjeteamet och Stödgruppen:
 - Informationen
 - Personalens kompetens
 - Personalens bemötande
 - Kvaliteten på stödet
 - Tre frågor som tillsammans bildar ett NöjdBrukarIndex

I brukarenkäten ställdes frågorna om hur lätt eller svårt de tyckte att det var att få det stöd de behövde och om de fått det stöd de efterfrågat. I tabell 11 anges också hur många som totalt svarat på frågan.

Tabell 11. Brukarnas syn om det var lätt att få stöd och om de fått det stöd de efterfrågat. Antal

	Utvärderingsdel 1			Utvärderingsdel 2		
	Föräldrar	Barn	Vuxna med missbruksproblem	Föräldrar	Barn	Vuxna med missbruksproblem
Lätt att få stöd	16 av 18	8 av 10	4 av 5	7 av 9	3 av 3	3 av 3
Fått det stöd man efterfrågat	14 av 18	9 av 10	2 av 5	6 av 9	1 av 2	1 av 3

De flesta brukarna tyckte att det hade varit ganska eller mycket lätt (benämns här för lätt) att få det stöd de behövde. En majoritet av brukarna ansåg också att de hade fått det stöd de efterfrågat under det senaste året. Det var dock färre personer med missbruksproblem som tyckte att de fått det stöd de efterfrågat, exempelvis behandlingshem.

De svarande fick ta ställning till fyra frågor om Familjeteamet respektive Stödgruppen. De fick svara på en skala mellan 1 och 10 där siffran 1 betydde "Mycket dåligt" och siffran 10 betydde "Mycket bra". Gränsen mellan bra och dåligt gick mellan 5 och 6.

Tabell 12. Brukarnas syn på stödet. Medelvärde

	Utvärderingsdel 1			Utvärderingsdel 2		
	Föräldrar	Barn	Vuxna med missbruksproblem	Föräldrar	Barn	Vuxna med missbruksproblem
Informationen	7,3	6,7	5,6	8,4	9,7	7,7
Personalens kompetens	7,8	7,7	8,5	8,6	10,0	8,0
Personalens bemötande	8,3	7,9	8,6	9,2	10,0	8,0
Kvaliteten på stödet	7,6	7,2	8,3	8,3	9,3	7,7

Alla värden låg, för de vuxnas del, över gränsen mellan bra och dåligt. Medelvärdena hade på de flesta frågor ökat mellan utvärderingsdel 1 och 2. Högst värde fick personalens bemötande av personer med missbruksproblem under utvärderingsdel 2, 9,2. Lägst medelvärde fick informationen om Stödgruppen under utvärderingsdel 1, 5,6. Det bör dock påpekas att informationen om Stödgruppen inte enbart kommer från gruppen själva. Den finns på Internet och ges också av socialsekreterarna.

I utvärderingsdel 1 fick personalens bemötande det högsta medelvärdet av barnen, 7,9. De lägsta värdena fick för barnens del informationen om Familjeteamet 6,7.

Brukarna fick också svara på tre frågor som tillsammans bildar ett NöjdBrukarIndex. Skalan på NöjdBrukarIndexet har ett värde mellan 1 och 100. Värden över 60 innebär att brukarna är nöjda och värden under 50 att de är missnöjda. Värden mellan 50 och 60 innebär att de varken är nöjda eller missnöjda.

Tabell 13. NöjdBrukarindex. Medelvärde

	Utvärderingsdel 1			Utvärderingsdel 2		
	Föräldrar	Barn	Vuxna med missbruksproblem	Föräldrar	Barn	Vuxna med missbruksproblem
NöjdBrukarIndex	75,5	76,1	77,0	78,2	96,3	77,8

Alla medelvärden på NöjdBrukarIndexet kan betraktas som bra, det vill säga att brukarna är nöjda med det stöd de fått som helhet. För de vuxnas del (föräldrar och personer med missbruksproblem) har ingen större ökning skett. Den ökning som skett bland barnen kan bero på att så få besvarade enkäten under utvärderingsdel 2.

Vid båda utvärderingstillfällena framkom i *intervjuerna* att de brukare som fick stöd av Familjeteamet var mycket nöjda med stödet ur olika aspekter. Det har varit uppskattat att ha någon utomstående att få prata med om familjesituationen, att få nya tankar och infallsvinklar kring familjesituation och framför allt att det har blivit bättre hemma.

Intervjuare: Har det blivit bättre hemma?

Informant 1: Oh, ja! Vi har det fått lättare. Det märks att vi inte är ensamma. Vi har fått lite andra vinklar och lära oss att tänka en gång till. /.../

Informant 2: Vi är nöjda.

Informant 3: Vi vet vart man kan ringa om det är något. /.../

Informant 2: Jag tycker att det är jättebra att det kommer en människa och pratar och man kan säga vad man tycker och känner, som vet hur man känner och kan vinkla det.

Informant 3: Jag tycker att man framför allt kan lätta på sitt eget tyckande. Har man bara fått sagt en sak, det behöver ju inte vara någon illvilja, bara man fått sagt det. Så blir man av med det och får nya krafter igen

Informant 2: Det är någon som tänker på en.

Informant 1: Man blir trodd (Brukare Familjeteamet, utvärderingsdel 2)

Vid utvärderingstillfälle 2 var det inga brukare som fick stöd av Stödgruppen som ville delta i någon intervju, men vid utvärderingstillfälle 1 framkom följande:

Överlag ansåg brukarna inte att de hade fått det stöd som de behövde och efterfrågade. Istället hade de fått kämpa för att i viss mån få den hjälp de behövde. Inte heller vid intervjutillfället kände de sig delaktiga i besluten om stöd eller i det stöd de fått. De hade nu kontakt med Stödgruppen och tyckte att framför allt det psykosociala stöd som de fick fungerade bra och de kände förtroende för Stödgruppens personal. Samtidigt kände de att det var lätt att stödet övergick till någon sorts kontroll och bevakning (PM 2011-05-08).

Om denna bild av stödet, delaktighet och nöjdheten fortfarande finns bland brukarna går det inte att uttala sig om. Inte heller hur spridd den är, eftersom totalt har enbart 2 av 9 personer deltagit i intervjun och det är ett för litet underlag för att dra hållbara slutsatser.

Resultaten visar att i ett mer kvalitativt hänseende ansåg de intervjuade som på ett eller annat sätt arbetade med hemmaplanslösningar att kvalitet var ett svårt begrepp och det var svårt att bedöma om de hade en god kvalitet. Enkäterna till brukarna visar att även om kvalitet och nöjdhet inte är så enkla begrepp så hade verksamheterna en bra kvalitet och de var nöjda med den.

Se resultat – inte så enkelt

Det fjärde målet handlade om att personalen och att de tydligt skulle se resultat/nytta av sitt arbete. Inte heller det här målet, var enligt många intervjuade, så enkelt. Det var inte alltid möjligt att se resultatet av sitt arbete. För Familjeteamet gällde det att hitta guldkornen.

Informant 1: Det är inte alltid man får göra det i det här jobbet.

Informant 2: Vi pratar ju om guldkornen ibland, att komma ihåg dem där man får se jättestydligt, som går jättebra.

Informant 1: Vi har ju ett konstigt jobb egentligen. Vi jobbar på vår egen avveckling, att vi ska komma ut ur till familjerna.

Informant 2: Det är inte så många familjer som man har, det finns ju några, där det går väldigt bra. Vi kommer att kunna avveckla där. Där man ser att de inte behöver att få hjälp mer. De kommer att fixa detta.

Informant 1: Vi får, om man ska prata så, de svåraste, mest komplicerade och långdragna fallen med mycket social problematik. Det går upp och ner. Det är bra ett tag och så är det lite sämre.

Informant 2: Det gäller att kunna se de där pyttesmå framstegen (Familjeteamet, utvärderingsdel 2).

Rådgivningscentrum snarare vände på frågan och tyckte att det viktigaste var att familjerna såg resultat.

Informant 1: Nej, det måste ju vara familjen som ska göra det.

Informant 2: Det viktigaste är att familjerna ser resultatet. Vi kan ju vara med och hjälpa dem att se det. /.../

Informant 1: Målet för personalen är väl att man ska vara adekvat, ha erfarenhet och utbildning. Hur kan man tänka? (Rådgivningscentrum, utvärderingsdel 2).

Även om det inte var så enkelt att alltid se resultaten av sitt arbete, kan man ändå tänka sig att det viktigt att försöka göra det för att uppleva en arbetstillfredsställelse. Om nu inte de intervjuade professionella tyckte att det var ett så enkelt effektmål att uppfylla, finns det något i utvärderingen som brukarna tyckte och som kan vara ett mått på resultat eller nytta?

Tidigare i rapporten har framkommit att de som fått stöd av Familjeteamet och Stödgruppen överlag tyckt att kvaliteten på stödet var god och varit nöjda med det stöd de fått. I enkäten fick alla svara på två frågor om sin livskvalitet, se tabell 14.

Tabell 14. De svarandes livskvalitet fördelat på om de var vuxna eller barn. Antal

	Utvärderingsdel 1			Utvärderingsdel 2		
	Föräldrar	Barn	Vuxna med missbruksproblem	Föräldrar	Barn	Vuxna med missbruksproblem
Livskvalitet innan stödet	4,3	5,6	3,3	5,6	5,0	2,7
Nuvarande livskvalitet	6,1	6,2	5,4	6,6	7,7	8,0

För de vuxna (föräldrarna och personer med missbruksproblem) hade livskvaliteten ökat från tiden innan de fick stöd till deras nuvarande livskvalitet. Det är kanske inte rimligt att tro att allt som har med den nuvarande livskvaliteten att göra kan tillskrivas Familjeteamet eller Stödgruppen, men en stor del kan säkert ha att göra med att de fått stöd i sin livssituation. Även för barnen hade livskvaliteten ökat något från innan de fick stöd av Familjeteamet till deras nuvarande livskvalitet. Det bör dock påpekas att det statistiska underlaget är mycket litet när det gäller barnen och vuxna med missbruksproblem i utvärderingsdel 2.

Resultaten från utvärderingen visar att de intervjuade professionella tyckte att det fjärde målet var svärgreppbart i sitt innehåll och svårt som bedömning av arbetssättet. Hos brukarna kunde dock en högre livskvalitet iakttas. Sammantaget går det inte att bedöma om effektmålet är uppnått, delvis uppnått eller inte alls uppnått.

SLUTSATSER OCH REKOMMENDATIONER

Det är nu dags att utifrån resultaten i utvärderingen redovisa några slutsatser och ge rekommendationer inför fortsatt arbete. Som tidigare nämnts var syftet att med en kombinerad process- och målutvärdering få kunskap om hur verksamheten har uppnått sina mål samt att skapa förståelse för projektets möjligheter och begränsningar.

Slutsatser

Götene kommun har beslutat att under ett års tid ”ta fram och införa insatser på hemmaplan som kan ersätta köpt öppenvård och vårdplaceringar utanför det egna hemmet i Götene kommun. 100 procent av den köpta öppenvården och 25 procent av HVB placeringar ska ersättas med hemmaplanslösningar”. En stor anledning till att genomföra mer insatser på hemmaplan var att den tilldelade budgeten för denna typ av stöd och vård har inte varit tillräcklig de senaste tio åren.

Det första som kan konstateras är att *de intervjuade anställda i Götene kommun har ett stort engagemang* för att de som behöver stöd också ska få det. Från högsta ledningsnivå till personal i olika verksamheter finns detta engagemang för att göra sitt bästa för kommuninvånarnas bästa. De intervjuade har också en stor kompetens och yrkeserfarenhet som gör dem väl lämpade att bedriva och leda stöd på hemmaplan.

För det andra kan konstateras att *projektets genomförandefas på ett år var alldeles för kort*. Överlag behövs mellan två och tre år för att genomföra ett nytt förhållnings- och arbetssätt. Under genomförandefasen hann precis all personal komma på plats och påbörja det nya arbetet. Därefter var det upp till de enskilda mellancheferna att fortsätta implementeringen av arbetet. Att genomföra hemmaplanslösningar behöver mer tid än så med den tydliga ledning och styrning som ett projekt innebär. Under det första året efter projekttiden har visserligen arbetet i barn- och ungasparet blivit mer stabiliserat, men i vuxensparet har inte mycket skett. Arbetet med hemmaplanslösningar genomsyrar ännu inte den kommunala organisationen, vilket inte heller var rimligt att förvänta sig. Det mesta av arbetet återstår alltså fortfarande. Därmed är det svårt att uttala sig om projektets möjligheter när det knappast kom igång innan det avslutades. Följande slutsatser bygger istället mer på hur projektet och dess mål övergick i ordinarie verksamhet.

För det tredje kan diskuteras om *huvudmålet* att helt ersätta öppenvård och delvis ersätta HVB-placeringarna var och är ett rimligt mål för verksamheten. Är det ens möjligt för en liten kommun att i en sådan omfattning tillhandahålla hemmaplanslösningar? Om ett sådant mål inte uppnås, innebär det då att den verksamhet som bedrivs på hemmaplan inte har tillräckligt god kvalitet? För att kunna bedriva hemmaplanslösningar som helt ersätter den köpta öppenvården och delvis HVB-placeringarna krävs mycket resurser och kompetens på hemmaplan. I en liten kommun kan även några invånares behov av stort stöd påverka möjligheten att hålla budgeten väsentligt.

I det här projektet har fokus varit på de biståndsbedömda insatserna. De biståndsbedömda insatserna kan ses som slutet i en lång kedja av stöd, åtgärder och insatser. För att mer allmänt kunna bedriva hemmaplanslösningar behövs hela kedjan av tydliga och strukturerade åtgärder och insatser. Det behövs generella förebyggande insatser, riktade förebyggande insatser, tidiga insatser och samverkan för att i ett tidigt skede upptäcka de personer som far illa. De biståndsbeviljade insatserna är bara en liten del av det som behövs på hemmaplan. Det är framför allt det som erbjuds innan de biståndsbedömda insatserna som kan minska behovet av biståndsbedömda insatser. Nu när projektet är avslutat behövs säkerligen ytterligare arbetet för att förstärka och utveckla hela kedjan av hemmaplanslösningar.

Det kan noteras att särskilt när det gäller barn och unga finns många resurser som om de samordnas mycket väl kan bli en heltäckande hemmaplanslösning. Det finns generella förebyggande insatser såsom BVC, Familjecentrum och skolans allmänna arbete kring barn och unga. Det finns riktade förebyggande insatser såsom Rådgivningscentrum och olika föräldrastödsprogram. Det finns tidiga insatser som exempelvis Elevhälsan, men också Rådgivningscentrum och Familjecentrum. Det finns rutiner för tidig upptäckt av barn som far illa eller riskerar att fara illa. För de barn, unga och föräldrar där det finns stora problem finns Familjeteamet.

När det gäller vuxna med missbruksproblem finns det mindre resurser inom kommunen än vad det gäller barn och familjer, men primärvård och arbetsgivare skulle kunna vara en resurs för ett tidigt upptäckande av riskbruk, men också av missbruk. De resurser som finns på Alkohol- och drogrådgivningen är dock alltför små för att både kunna tillgodose behovet av stöd till personer med ett riskbruk, med ett tidigt missbruk och ett långvarigt missbruk samt deras anhöriga. För att helt ersätta öppenvård och delvis ersätta HVB-placeringarna behövs mer behandlingsresurser på hemmaplan i form av samtalsstöd i grupp och olika behandlingsformer såsom tolvstegsprogram eller liknande. Det behövs antagligen också fler boenden och boendeformer än det som erbjuds idag. Alternativet att bo hemma i sin egen bostad istället för behandlingshem är inte alltid ett alternativ. Det skulle behövas boende med mer och närmare tillgång till personal. Frågan är om en liten kommun har de resurser som krävs för att delvis ersätta HVB-placeringarna. Det kanske är möjligt att förstärka Alkohol- och drogrådgivningen. Andra alternativ är att samverka med närliggande kommuner både kring behandling och boende. För att nå upp till det övergripande målet behövs också en mycket större samordning av befintliga resurser än vad som är fallet idag. Ett exempel från 2010 på ett framgångsrikt arbete på hemmaplan för personer med missbruksproblem finns i det gemensamma arbetet för Mariestad, Töreboda och Gullspång (Boij 2010 B).

När detta är sagt om det övergripande målet är det så dags att diskutera *de effektmål som satts upp för projektet*. Grunden för effektmål är ofta att de ska vara mätbara såsom det övergripande målet är utformat att "100 % av den köpta öppenvården och 25 % av HVB-placeringar ska ersättas med hemmaplanslösningar". Det är ett mätbart mål. De övriga

effektmålen om samverkan, kvalitet och att personalen ska se resultat av sitt arbete är egentligen inte mätbara. I utvärderingen har ändå ett försök gjorts för att fånga in målen, de intervjuades tankar kring dem och hur långt man i ett mer kvalitativt hänseende har kommit. Överlag kan sägas att inget effektmål var självklart eller entydigt för de intervjuade, utom möjligen för ledningen. Istället problematiserades effektmålen och dess innehåll. Om man ändå skulle försöka att bedöma vilket mål som man kommit längst med; kan man säga att målet om samverkan har delar av barn- och ungasparet kommit en bit med. De övriga målen är i sitt innehåll svåra att mäta och man kan möjligtvis säga att det återstår mycket att arbeta med.

Det kanske viktigast i det här sammanhanget är ändå *brukarna, de personer som fått stöd av kommunen*. I den här utvärderingen har de brukare som fått stöd av Familjeteamet och Stödgruppen fått möjlighet att komma till tals. Därutöver finns givetvis många andra grupper av personer som får stöd, men de har inte ingått i utvärderingen. Överlag kan sägas att brukarna är mycket nöjda med det stöd de fått av Familjeteamet och Stödgruppen. De tyckte att det var lätt att få det stöd de behövde och att de fått det stöd de efterfrågat. Brukarna tyckte också att samverkan kring dem fungerade bra, att personalen hade ett bra bemötande, att personalens kompetens var bra och att kvaliteten på stödet var god. NöjdBrukarIndex för föräldrarna i utvärderingsdel 2 var 78,2 och för vuxna med missbruksproblem 77,8 på en 100-gradig skala. Livskvaliteten hade också förbättrats. En slutsats av detta är att det stöd som kommunen ger genom Familjeteamet och Stödgruppen har en god kvalitet och ger en förbättrad livssituation för de som får det.

Rekommendationer

Vad kan, utifrån resultaten i utvärderingen, behövas för det fortsatta arbetet på hemmaplan? Här följer fyra rekommendationer:

- Den första rekommendationen är att göra en översyn av arbetet på hemmaplan gällande barn, unga och föräldrar samt vuxna med missbruksproblem. Nu när projektet är slut behövs ta ställning till vad som ska ingå i kommunens hemmaplanslösning, om verksamheten ska omfatta allt från förebyggande insatser till biståndsbedömda insatser och all berörd personal. Ska överhuvudtaget begreppet hemmaplanslösningar användas? I denna översyn bör också ingå definitioner av olika begrepp såsom förebyggande insatser, helhetstänkande och liknande. Det vore önskvärt att de reviderade målen har brukaren i fokus och att övergripande mål kompletteras med konkreta realistiska mål. I och med det kan de som läser om arbetet och dess mål få en gemensam begreppsram.
- Den andra rekommendationen är att göra en översyn om det behövs ytterligare resurser för att bedriva ett arbete på hemmaplan och om en del resurser kan finnas i närliggande kommuner. Framför allt när det gäller personer med missbrukspro-

blem behövs säkerligen mer resurser. Man kan även fundera över om de resurser som finns för barn, unga och föräldrar behöver förstärkas eller ytterligare samordnas.

- Den tredje rekommendationen är att det fortsatta arbetet på hemmaplan behöver ett tydligt och strukturerat ledarskap. Arbetet har inte ännu blivit så implementerat att det är självgående. Förslagsvis behöver de båda sektorscheferna ta fram en handlingsplan för arbetet de närmaste åren. Den behöver innehålla hur information ska spridas, tid för samtal och reflektion på mellanchefernivå och utförarnivå. Även brukarperspektivet (barn, unga och föräldrar samt personer med missbruksproblem) behöver tas med gällande exempelvis vilken information som ska ges till dem och hur samt vilken information som ska finnas på kommunens hemsida.⁶
- När målen är skrivna för hela verksamheten rekommenderas att varje berörd verksamhet (förskola, grundskola, familjecentrum, vuxenenhet och liknande) lägger tid på att tillsammans läsa igenom målen för det gemensamma arbetet, samtala och reflektera tillsammans. Denna reflektion kan sedan leda till att en plan tas fram för varje verksamhet om hur de ska arbeta exempelvis de två följande åren för att bättre uppnå de gemensamma målen.

Till sist kan sägas att Götene kommun, som många andra kommuner, befinner sig i en situation där behoven av stöd är större än resurserna. För att kunna använda befintliga resurser mer optimalt behövs tydliga politiska beslut, ett starkt ledarskap, tydliga ansvarsfördelningar, mycket samverkan och god vilja. I Götene kommun finns förutsättningar för allt detta. Arbetet är påbörjat och med förenade krafter kan ett omfattande arbete för att ge stöd åt barn, unga och föräldrar samt personer med missbruksproblem ske med god kvalitet på hemmaplan.

⁶ Det bör påpekas att idag finns exempelvis information om Stödgruppen, men inte om Familjeteamet, på kommunens hemsida.

UTVÄRDERINGENS METOD

I all forskning, från enkla lokala undersökningar till stora, komplexa internationella studier, finns metodfrågor som åtminstone ur ett forskningsperspektiv behöver besvaras och diskuteras. Dessa frågor kan gälla undersökningens syfte, uppläggning, metod, urval, bearbetning, resultatpresentation med mera. Beroende på en undersökningens syfte och målgrupp kan metoddiskussionen vara mer eller mindre utförlig. I det här kapitlet görs en beskrivning och diskussion av metod och genomförande för den forskningsintresserade läsaren.

Syftet var, som tidigare nämnts, att med en kombinerad process- och målutvärdering få kunskap om hur verksamheten har uppnått sina mål samt att skapa förståelse för projektets möjligheter och begränsningar.

Metod och tillvägagångssätt

I samråd med uppdragsgivaren beslutades att utvärderingen skulle bestå av två delar. Den första delen var juni 2010 – april 2011 och den andra var augusti – december 2011. Resultaten skulle redovisas under projektets gång för att utvärderingen även skulle kunna ha ett utvecklande syfte. I uppdraget ingick också att ge rekommendationer inför fortsatt arbete, vilka finns beskrivna i den här rapporten. Dessutom ingick att ta fram ett förslag på en modell som kan användas som fortlöpande uppföljning inom området, vilken finns i ett separat dokument för internt bruk inom Götene kommun.

I *utvärderingsdel 1* togs ett enkelt statistiskblad fram som sedan fylldes i under hela utvärderingstiden av berörd personal i Familjeteamet och Stödgruppen. Det ingick också två enkla brukarenkäter med delvis gemensamma frågor, en för brukare inom Familjeteamet och en för brukare inom Stödgruppen. Enkäten var på 2 sidor och frågorna var i huvudsak slutna, det vill säga att de hade förvalda svarsalternativ. Tre av frågorna är framtagna av Statistiska Centralbyrån och bildar tillsammans ett mått som kallas NöjdBrukarIndex. Enkäten har delats ut till alla aktuella brukare vid två tillfällen; i mars och september 2011. I januari – februari 2011 genomfördes intervjuer med personal i Familjeteamet, Stödgruppen, verksamhetens ledningsgrupp, socialsekreterare, Rådgivningscentrum och rektorer samt två gruppintervjuer med brukare som fått en insats av Familjeteamet eller Stödgruppen. Totalt har 6 brukare från Familjeteamet och 2 från Stödgruppen deltagit i intervjuerna. För att dra hållbara slutsatser från intervjuerna med brukare från Stödgruppen hade fler behövts intervjuats, men det gavs inte möjlighet till det.

Efter anvisningar från utredaren ansvarade uppdragsgivaren för inbokning av gruppintervjuerna. Intervjuerna har varit halvstrukturerade, vilket inneburit att intervjuaren hade en frågeguide som grund, men att dessa frågor kompletterats beroende på vad som kom fram i intervjuerna. Intervjuerna var cirka 40–90 minuter långa och spelades in för att senare analyseras kvalitativt. I bilaga 1 finns intervjuguiden till Familjeteamet. De övriga intervju-

guiderna innehöll ungefär samma frågor. Sammanlagt gjordes 9 intervjuer och 33 enkäter samlades in.

I *utvärderingsdel 2* gjordes återigen intervjuer med personal i Familjeteamet, Stödgruppen, verksamhetens ledningsgrupp, socialsekreterare, Rådgivningscentrum och rektorer samt en gruppintervju med brukare som fått en insats av Familjeteamet. Det var samma förfarande för inbokning av intervjuerna som vid första utvärderingsdelen. I intervjun med rektorerna deltog tyvärr bara två rektorer, vilket innebär att det är svårt att dra några säkra slutsatser från den intervjun. Tyvärr ville ingen av de fem brukare som var aktuella hos Stödgruppen ställa upp på intervju, vilket inneburit att deras åsikter inte kom fram. I bilaga 2 finns intervjuguiden för rektorerna. De övriga intervjuguiderna innehöll ungefär samma frågor. Totalt har 10 intervjuer genomförts. Det delades också ut brukarenkäter och 20 enkäter har lämnats in.

Dessutom har en dokumentgenomgång skett, framför allt i slutet av utvärderingen.

Bearbetning och analys

Enkäterna bearbetades i huvudsak kvantitativt. Enkätsvaren har matats in i programmet Excel för att sedan analyseras med hjälp av statistikprogrammet SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). I analysen har beräkningar skett av frekvens, medelvärde, olika korstabeller med mera.

Intervjuerna har skrivits ut, dock inte i sin helhet, utan som stödord och nyckelfraser. De utskrivna intervjuerna har sedan bearbetats och analyserats med hjälp av dataprogrammet N6 (tidigare hette programmet NUD*IST och förkortningen står för Non-numerical Unstructured Data * Indexing, Searching, Theorizing).

Den kvalitativa analysen av intervjuer innebär ett sökande efter innebörder och egenskaper. Ett exempel på detta sökande har varit bearbetningen av synpunkter på projektet. I ett första steg har de olika utsagorna förts samman till olika teman som exempelvis synpunkter på projektmålen, arbetssättet med mera. I det andra analyssteget har olika teman tillsammans gett en bild av vad de intervjuade ansett om projektet. Som ett tredje steg har de olika informanternas uppfattningar jämförts med varandra för att kunna identifiera konvergenser och divergenser mellan olika informanter. Både intervjuerna och de olika temana har lästs igenom flera gånger för att fånga nyanser och detaljer, likheter och skillnader.

De citat som sedan använts i rapporten har skrivits ut ordagrant med bara en varsam redigering för att talspråket skulle bli läsbart. Efter varje citat finns en referens, till exempel "Socialsekreterare, utvärderingsdel 2". Sådana referenser gör att läsaren kan se spridningen på de citeringar som gjorts och vilken utvärderingsdel det kom från, men inte från vilken individ de kommit.

Metoddiskussion

I kvantitativa undersökningar är ofta bortfallet en viktig och svår fråga. När det gäller brukarenkäten har alla eller de flesta brukarna från Stödgruppen besvarat enkäten och därmed är bortfallet minimalt eller inget alls. Däremot är svarsgrupperna så små att en persons svar kan påverka resultaten en hel del.

För Familjeteamets del har inte de anvisningar som getts kring utdelandet av enkäter följts och därmed är bortfallet större. Det innebär att svaren inte är representativa för hela gruppen. Det har dock inte framkommit något i intervjuerna som tyder på att resultaten av enkätsvaren skulle ha blivit helt annorlunda om fler hade svarat, men det går inte att utsluta.

Det finns vid de flesta former av datainsamling risk för vissa forskningseffekter, att kontakten med utredaren påverkar resultaten. När utredaren samtalar med deltagare i en *gruppintervju*, behöver man ta med i beräkningen att det kan förekomma en del forskningseffekter.

Dessa forskningseffekter kan handla om att informanterna ger de svar som de tror att utredaren förväntar sig, förskönar eller svartmålar de företeelser som undersökts. Det är också möjligt att informanterna kan känna en osäkerhet inför vad som kommer att redovisas och därför håller tillbaka en del uppfattningar eller åsikter (se Repstad 1999). Andra möjliga faktorer som påverkar intervjusituationen är om informanterna varit stressade eller blivit störda av den omgivande miljön.

Vid gruppintervjuer bör man liksom beakta den inverkan gruppen har på de enskilda individernas åsikter. Gruppdynamiken kan innebära att en person innan intervjun har tänkt att den till exempel tyckt att arbetssättet varit bra, men när de andra inte framför några sådana åsikter, övertar personen i fråga de andras uppfattning eller avstår från att säga sin egen mening. Det finns ändå en poäng med att göra gruppintervjuer, nämligen att man på samma tid får in flera informanters synpunkter, att dynamiken i gruppen underlättar intervjun och leder till att tankar och åsikter som eventuellt inte skulle ha kommit fram vid en enskild intervju lyfts fram. Att delta i en gruppintervju, ventilera sina åsikter och lyssna till andra kan göra de egna åsikterna och åsikter tydligare.

Det är svårt att uttala sig om några av dessa forskningseffekter har förekommit, men det verkar som att informanterna varit mycket öppna med sina åsikter. Det talar för att få forskningseffekter har förekommit.

Genom enkäter och intervjuer har utvärderingen fått både bredd och djup. Med djup åsyftas här att man kan få ingående kunskap om hur de intervjuade ser på projektet och med bredd att man kan få kunskap om hur många som delar olika uppfattningar.

REFERENSER

Ahlgren, Thorbjörn (2007): *Ungdomsbehandling. Hemmaplanslösning som idé och praktik*. Växjö: Växjö universitet. Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete. Nr 1 2007

Barn och unga – insatser år 2010. Vissa insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). 2011. Socialstyrelsen. Stockolm

Boij, Anita (2010 B): *Boendetrappan i Mariestad och gemensamt Beroendecentrum för Mariestad, Töreboda och Gullspång. Utvärdering av två projekt inom beroendevården år 2008–2010*. Tranås: A. BOIJ AB – Idé- och produktutveckling. Rapport 2010:4

Boij, Anita (2010): *Missbruksvård i Lidköpings kommun. Uppföljning av utredning, beviljade insatser och eftervård*. Tranås: A. BOIJ AB – Idé- och produktutveckling. Rapport 2010:7

Boij, Anita (2011): *Edvin i fokus. Utvärdering av ett gemensamt arbete för barn och unga i Skara kommun*. Tranås: A. BOIJ AB – Idé- och produktutveckling. Rapport 2011:4

Forkby, Torbjörn (2005): *Ungdomsvård på hemmaplan. idéerna – framväxten - praktiken*. Göteborg: Göteborgs universitet. Institutionen för socialt arbete nr 2005:6

Insatser år 2010 för vuxna med missbruks- och beroendeproblem och övriga vuxna. 2011. Socialstyrelsen. Stockolm

Milstolpeplanen

Projektbeskrivning

Skårbratt, Lars-Åke (2009): *Hemmaplanslösningar i Götene kommun. 2009-06-25. Förstudierapport*

Projektrapporten 2011-03-27

Repstad, Pål (1999): *Närhet och distans. Kvalitativa metoder i samhällsvetenskap*. Lund: Studentlitteratur

BILAGA 1. INTERVJUGUIDE FAMILJETEAMET. UTVÄRDERINGSDEL 1

Innan projektet

Ni har ju haft ett familjeteam innan projektet, så jag tänkte att vi ska börja med att prata om hur ni arbetade förut. Hur många arbetade i Familjeteamet förut?

Vad var era arbetsuppgifter?

Hur kunde familjer få kontakt med er innan projektet?

Hur tyckte ni att ert arbetssätt fungerade innan projektet?

Om projektet

Så började ni i höstas med det här nya arbetssättet med mer hemmaplanslösningar. Fick ni tillräckligt med information inför det nya arbetssättet, att man ska arbeta mer på hemmaplan?

Var ni delaktiga i processen som ledde fram till det här nya arbetssättet?

På vilket sätt har Familjeteamet fått en förstärkning i och med projektet (hur många anställda och vilka kompetenser)?

När började ni ert nya arbete på allvar?

Hur kan familjer idag få kontakt med er?

Hur många familjer arbetar ni med för tillfället?

Vilka typer av stöd och behandling kan ni erbjuda familjer?

Hur har det här nya arbetssättet påverkat ert arbete?

Vad tycker ni är skillnaderna i era arbetsuppgifter mellan hur det är idag och hur det var innan det här projektet startade?

I det här projektet är det viktigt med samverkan, till exempel mellan er, skola, Rådgivningscentrum och socialtjänst. Har ni märkt några förändringar i samverkan kring de här familjerna?

Har ni några rutiner eller samordnad plan för när någon behöver stöd och för den interna ansvarsfördelningen?

Vad tänker ni om den?

När fler familjer/barn/elever med omfattande problematik finns på hemmaplan ställer det också krav på stöd och insatser i förskolan/skolan och en god samverkan kring familjen. Har ni resurser för att tillgodose de här behoven av stöd och samverkan?

Tycker ni att ni kan se någon nytta eller resultat av ert arbete och i så fall på vilket sätt?

Vad tänker ni överlag om syftet med projektet (att genomföra insatser på hemmaplan istället för utanför kommunen)?

Vilka styrkor har det här arbetssättet?

Vilka svagheter har det här arbetssättet?

Vad tänker ni om kvaliteten på projektet?

Övrigt

Finns det något mer som ni vill tillägga?

BILAGA 2. INTERVJUGUIDE REKTORER. UTVÄRDERINGSDEL 2

Bakgrund

Har ni idag barn/elever i er verksamhet som ni anser behöver eller som ni vet har stöd av kommunens Familjeteam?

Vad kan ni ge för stöd till barn/elever/familjer med behov av extra stöd?

Om arbetssättet

Förra hösten började ni med det här nya arbetssättet med mer hemmaplanslösningar.

Har ni fått tillräckligt med information om det nya arbetssättet, att man ska arbeta mer på hemmaplan?

Har det här nya arbetssättet påverkat ert arbete något och i så fall hur?

Har ni fått några rutiner genom projektet för hur ni ska gå tillväga när ni märker att ett barn/elev behöver mer stöd som inte handlar om undervisningsstöd och hur ser de ut i så fall?

Har ni fått någon samordnad plan eller mall för när någon behöver stöd och för den interna ansvarsfördelningen?

Vad tänker ni om den?

När fler barn/elever med omfattande problematik finns på hemmaplan ställer det också krav på stöd och insatser i skolan och en god samverkan kring familjen. Har ni resurser för att tillgodose de här behoven av stöd och samverkan?

Vad tänker ni överlag om syftet med arbetssättet (att genomföra insatser på hemmaplan istället för utanför kommunen)?

Vilka styrkor har det här arbetssättet?

Vilka svagheter har det här arbetssättet?

Målen för arbetet

Det finns fyra mål för verksamheten och jag tänkte att vi skulle prata om dem och hur mycket de berör er:

- Minskade kostnader genom
 - Mindre köpt öppenvård och institution
- Samverkan genom
 - Delaktighet/helhetstänkande
- Kvalitet genom
 - Delaktighet – för alla (utförare och personer som behöver insats)
 - Nöjda personer som tar emot insats
 - Team med fler personal/kompetenser som ger rätt insats i rätt omfattning och nivå.
- Personal
 - Att se tydligt resultat/nytta av sitt arbete.

Frågor till varje mål:

Är det ett rimligt mål?

Hur arbetar ni för att nå det?

Vad har fungerat bra?

Vad har fungerat mindre bra?

Övrigt

Finns det något mer som ni vill tillägga?

BILAGA 3. ENKÄT BRUKARE

Till dem som har kontakt med Familjeteamet i Götene

UTVÄRDERING AV FAMILJETEAMETS VERKSAMHET

Information om utvärderingen och ifyllandet av enkäten

Familjeteamets verksamhet har fått en förändrad inriktning och ska nu utvärderas. Anita Boij har fått uppdraget att göra en oberoende utvärdering.

Syftet är att studera vad olika grupper anser om förändringen och i utvärderingen är brukarna en viktig grupp.

Det är helt frivilligt att besvara enkäten.

Undersökningen är helt anonym och det innebär att du *inte* ska skriva ditt namn på enkäten.

Besvara frågorna genom att sätta ett kryss för det svar som stämmer bäst för dig.

Alla svar kommer att behandlas under sekretess.

TACK PÅ FÖRHAND! Dina svar är värdefulla för helhetsbilden!

1. Jag som svarar är...

Kvinna Man

2. Mitt födelseår är:

3. Jag/Vi som fått stöd är

Ensamstående förälder Båda föräldrarna
 En av föräldrarna tillsammans med styvförälder Styvförälder
 Annan anhörig Barn/Tonåring

4. Vilket stöd har du/ni har fått?

Markera med ett eller flera kryss

Samtalsstöd till förälder/föräldrar Samtalsstöd till barn och ungdomar (Repulse)
 Samtalsstöd till barnet/barnen Samordningsmöten
 Samtalsstöd till barn och föräldrar Aktiviteter i grupp (resor och träffar)
 Praktiskt stöd Telefonstöd
 Filmning och återgivning i hemmet (Martimeo) Annat stöd:
 Föräldrastöd (Komet)

.....

5. Jag/Vi har fått stöd sedan.....månad 20.....

6. Var det lätt eller svårt att snabbt få det stöd av Familjeteamet som du/ni behövde?

Mycket lätt
 Ganska lätt
 Varken lätt eller svårt
 Ganska svårt
 Mycket svårt

7. Har du det senaste året efterfrågat hjälp eller stöd från kommunen, utöver Familjeteamet, som du inte fått (exempelvis familjehem, kontaktperson, behandlingshem, stödfamilj eller liknande)?

Nej
 Kommer inte ihåg
 Ja, nämligen:

8. Här kommer några frågor om Familjeteamet.

Sätt en ring runt den siffra på skalan som stämmer bäst överens med styrkan i din åsikt. Siffran 1 betyder "Mycket dåligt" och siffran 10 betyder "Mycket bra". Gränsen mellan dåligt och bra går mellan siffrorna 5 och 6.

	<u>Mycket dåligt</u>						<u>Varken bra eller dålig</u>					<u>Mycket bra</u>
a. Vad tycker du om informationen du fått om Familjeteamet?	1	2	3	4	5		6	7	8	9	10	
b. Vad tycker du om personalens kompetens?	1	2	3	4	5		6	7	8	9	10	
c. Vad tycker du om personalens bemötande?	1	2	3	4	5		6	7	8	9	10	
d. Vad tycker du om kvaliteten på det stöd som du får genom Familjeteamet?	1	2	3	4	5		6	7	8	9	10	
e. Hur tycker du att samverkan mellan olika enheter inom kommunen fungerat när ni sökt stöd?	1	2	3	4	5		6	7	8	9	10	
f. Hur upplever du din livskvalitet för tillfället?	1	2	3	4	5		6	7	8	9	10	
g. Hur upplevde du din livskvalitet INNAN du fick stöd av Familjeteamet?	1	2	3	4	5		6	7	8	9	10	

9. Här följer några påståenden om Familjeteamets stöd till dig i sin HELHET.

Sätt en ring runt den siffra på den stigande skalan som stämmer bäst överens med ditt helhetsintryck. Siffran 1 betyder "Inte alls nöjd", och siffran 10 betyder "I högsta grad nöjd". Gränsen mellan att vara nöjd eller missnöjd går mellan siffrorna 5 och 6.

	<u>Inte alls nöjd</u>						<u>Varken nöjd eller missnöjd</u>					<u>I högsta grad nöjd</u>
a. Hur nöjd är du med stödet som du fått av Familjeteamet i sin helhet?	1	2	3	4	5		6	7	8	9	10	
b. Hur väl uppfyller stödet dina förväntningar?	1	2	3	4	5		6	7	8	9	10	
c. Föreställ dig ett stöd som är perfekt i alla avseenden. Hur nära eller långt ifrån ett perfekt stöd kommer då det stöd du fått?	<u>Långt ifrån</u>											<u>Mycket nära</u>
	1	2	3	4	5		6	7	8	9	10	

Om du har några övriga kommentarer om Familjeteamet kan du skriva dem här:

Här är enkäten slut.
Tack för Din medverkan!

PRESENTATION AV FÖRFATTAREN

Anita Boij är teologie doktor i religionssociologi. Sedan 2002 har hon, som biträdande forskningschef på Forskningsstation Mösseberg, arbetat med utvärderingar, utredningar och undersökningar inom samhällets välfärdsområde.

Från och med 2005 arbetar Anita Boij som anställd utredare och forskare hos A. BOIJ AB – Idé- och produktutveckling. Under åren har uppdragsgivarna varit Västra Götalandsregionens folkhälsokommitté, Statens Folkhälsoinstitut, Hushållningssällskapet, Skaraborgs kommunalförbund, Fyrbodals kommunalförbund, A Non Smoking Generation, Göteborgs stad, olika kommuner i framför allt Skaraborg med flera.

Mellan åren 2002 och 2011 har hon sammanlagt genomfört ett 70-tal undersökningar och utvärderingar på både internationell, nationell, regional och kommunal nivå.

Kontaktuppgifter

Anita Boij
Skattegården 5, Hallum
541 94 Skövde
0500-42 15 14
anita@boij.net

Projektet "Hemmaplanslösningar i Götene kommun"

Götene kommun, som många andra kommuner, befinner sig i en situation där behoven av stöd är större än resurserna. För att minska kostnaderna startade ett projekt för att ta fram och införa insatser på hemmaplan som skulle ersätta köpt öppenvård och vårdplaceringar utanför det egna hemmet i Götene kommun.

Utvärderingen (ett år efter att insatserna på hemmaplan togs fram och genomfördes) visar att arbetet med hemmaplanslösningar ännu inte genomsyrar den kommunala organisationen, vilket inte heller var rimligt att förvänta sig. Det kan ändå noteras att särskilt när det gäller barn och unga finns många resurser som om de samordnas mycket väl kan bli en heltäckande hemmaplanslösning. När det gäller vuxna med missbruksproblem finns det mindre resurser inom kommunen.

Överlag kan sägas att brukarna är mycket nöjda med det stöd de fått av Familjeteamet och Stödgruppen. Brukarna tyckte att samverkan kring dem fungerade bra, att personalen hade ett bra bemötande, att personalens kompetens var bra och att kvaliteten på stödet var god.

För att kunna använda befintliga resurser mer optimalt behövs tydliga politiska beslut, ett starkt ledarskap, tydliga ansvarsfördelningar, mycket samverkan och god vilja. I Götene kommun finns förutsättningar för allt detta. Arbetet är påbörjat och med förenade krafter kan ett omfattande arbete för att ge stöd åt barn, unga och föräldrar samt personer med missbruksproblem ske med god kvalitet ske på hemmaplan.



Anita Boij, författare

Bengt Ericsson
bengt.ericsson@skaraborg.se

Post: Box 54, 541 22 Skövde
Besök: Kaplansgatan 16 a

ISSN 1654-7306