



TRIS-projektet i Hammarö

en utvärdering «i halvtid»

Bengt G Eriksson och Per-Åke Karlsson

TRIS-projektet i Hammarö

en utvärdering «i halvtid»

Bengt G Eriksson och Per-Åke Karlsson

TRIS-projektet i Hammarö – en utvärdering «i halvtid»

Bengt G Eriksson och Per-Åke Karlsson

FoU Välfärd Värmland 2019:2

© Författarna

Distribution:

Karlstads universitet

Fakulteten för humaniora och samhällsvetenskap

FoU Välfärd Värmland

651 88 KARLSTAD

Tryck: Universitetstryckeriet, Karlstad 2019

WWW.KAU.SE

Sammanfattning

I rapporten utvärderas TRIS-projektet i Hammarö. TRIS – Tidig Rehabilitering I Samverkan – bedrivs gemensamt av Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Landstinget/Region Värmland, och socialtjänsten i Hammarö kommun. Dess syfte är dels att utveckla och samordna informations- och kunskapsutbyte, dels att kvalitetssäkra samverkan mellan parterna. Kärnan i projektet utgörs av TRIS-teamet, som består av handläggare/vårdpersonal – en deltagare per medverkande part – samt projektledaren. Teamet behandlar frågor om enskilda brukare där det finns behov av att flera/alla av de medverkande parterna bidrar med insatser. Deltagarna möts varannan vecka via skype, då ärenden aktualiseras och enklare frågor klaras ut. Varannan vecka möts teamet vid fysiska möten, då de frågor som ställts vid skype-mötet besvaras. TRIS-projektet leds av en styrgrupp, sammansatt av ansvariga chefer från parterna, projektledaren samt förbundschef för samordningsförbundet Samspelet. Förutom att leda projektet behandlar styrgruppen också frågor om s k avvikelser, återkommande problem och hinder i samverkan. Gruppen beslutar om åtgärder och ansvarar för att de genomförs.

TRIS-projektet startade 2017 och kommer att pågå t o m 2020. Utvärderingen är således att betrakta som en 'halvtidsvärdering', den summerar inte projektet som en avslutad helhet. Dess syfte är dels att bedöma projektet som en arbetsmodell – organisering - för att utveckla samverkan, dels spegla projektet ur brukarnas perspektiv. Ett ytterligare syfte är att beakta viktiga aspekter inför en eventuell implementering av arbetssättet i länets övriga kommuner. Underlag för utvärderingen har samlats in genom individuella intervjuer, fokusgruppsintervjuer, enkätundersökningar och dokumentstudier.

Ett litet antal brukare, som besvarat en enkät, anser med något undantag att projektet inte inneburit någon större förändring för deras del. Informationen från TRIS-teamet har dock använts i diskussioner med handläggare/vårdpersonal. Handläggare/vårdpersonal, som också tillfrågats i en enkät, anser sig ha god kunskap om projektet, och att det är enkelt att få kontakt och att ställa frågor till TRIS-teamet. De flesta var nöjda med svaret från teamet och har använt det i den vidare kontakten med sin brukare. Samtliga menar också att svaret påverkat den insats de kunnat göra för brukaren, i viss omfattning har också resultatet för brukaren påverkats tack vare behandlingen i TRIS.

TRIS-teamet menar att begreppet rehabilitering tolkas olika från de deltagande parterna. Att skapa en bättre situation och ett större välbefinnande för brukaren är det som förenar. Begreppet samverkan har inte definierats entydigt inom projektet, det handlar om att skapa ingångar i de andra organisationerna för att ge brukarna goda och likartade förutsättningar att få hjälp. I det konkreta arbetet utgår man från praktiska och jordnära frågor till samarbetsparterna för att få igång kontakterna, få ärendet att 'röra på sig'. Ett 60-tal ärenden har behandlats hittills, de allra flesta från socialtjänsten. Sjukvården representeras av rehabiliteringskoordinatören (i rapportens fortsättning använder vi förkortningen rehabkoordinatören), som har en roll som skiljer sig från övriga deltagares i teamet. I många ärenden efterfrågas kontaktvägar till psykiatrin, men någon representant därifrån ingår inte – rehabkoordinatören förväntas kanalisera också kontakterna med psykiatrin. En policyförändring inom Försäkringskassan hösten 2018 innebär att myndigheten FK inte längre kan delta i diskussioner rörande enskilda, med mindre än att personen själv deltar. I det konkreta projektarbetet har man funnit former för att hantera detta.

Frågor om avvikelser, som alltså hanteras av styrgruppen, har aktualiserats i 9 fall, nära nog samtliga initierade från socialtjänsten. Styrgruppen har i övrigt tagit aktiv del i projektarbetet och dess förändring mot en renodlad funktion av informationsinhämtning och -utbyte. Återkommande bekymmer är den låga ärendetillströmningen, liksom frågan om rehabkoordinatörens roll och frågan om hur psykiatrin kan knytas till projektets operativa del.

I rapportens avslutande del diskuteras och värderas TRIS-projektet. Stora förändringar har skett under projekttiden, liksom att arbetsmodellen – som hämtats från TRIS-projekt i andra delar av landet – förändrades redan innan den implementerades i Hammarö. Arbetsmodellen har renodlats och ligger nu i gränslandet mellan ett koordinerande och ett kollaborativt arbetssätt, med i första hand utredande (processing) arbetsuppgifter. Några gränssnitt som särskilt bör uppmärksammas gäller bl a TRIS-ombuden i relation till ordinarie handläggare/vårdpersonal, rehabkoordinatörens roll och ställning i projektet, samt former för psykiatrins medverkan. Den utdragna etableringstiden för projektet, hälso- och sjukvårdens roll, inflödet av nya ärenden samt avvikelshantering utgör observanda som vi anser bör ägnas uppmärksamhet, liksom projektets förankring inom handläggare-/vårdpersonalsledet hos de parter som ingår. Vi

bedömer att projektet fungerar som en utmärkt organisering för de uppgifter det nu har – att inhämta och dela information i relation till enskilda brukare. Styrgruppen utgör ett gott stöd och arbetar aktivt med avvikelser. Förankringen inom de deltagande parterna behöver stärkas, en mer enhetlig syn på balansen mellan parterna behöver utvecklas. Rapporten avslutas med en rad rekommendationer inför det fortsatta arbetet och eventuell implementering av projektets arbetssätt i länets övriga kommuner.

Förord

FoU Välfärd Värmland vid Karlstads universitet har som uppgift att bidra till kunskapsbaserad utveckling inom socialtjänsten i länets kommuner samt inom angränsande verksamheter i landstinget i Värmland. De uppdrag som genomförs utgår från de kunskaps- eller utvecklingsbehov som finns inom kommunernas eller landstingets välfärdsverksamheter. Resultatet av de projekt som bedrivs har oftast ett generellt intresse för flera verksamheter och de förväntas bidra till en långsiktig kunskapsstillväxt. Samtliga projekt som genomförs inom FoU Välfärd Värmland utgår från ett grundläggande vetenskapligt förhållningssätt. De projektarbeten och studier som genomförs publiceras vanligen i denna rapportserie.

I rapporten utvärderas TRIS-projektet i Hammarö. TRIS – Tidig Rehabilitering i Samverkan bedrivs gemensamt av Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Region Värmland och socialtjänsten i Hammarö kommun. Dess syfte är dels att utveckla och samordna informations- och kunskapsutbyte, dels att kvalitetssäkra samverkan mellan parterna. Kärnan i projektet är TRIS-teamet som består av en handläggare från varje part samt projektledaren. Teamet behandlar frågor om enskilda brukare där det finns behov av att flera alternativt alla parter bidrar med insatser.

TRIS-projektet startade 2017 och kommer att pågå till 2020. Denna utvärdering summerar därför inte projektet, utan kan betraktas som en "halvtidsvärdering". Utvärderingens syfte är att bedöma projektet som arbetsmodell för att utveckla samverkan mellan deltagande parter i projektet. Syftet var även att ta reda på om brukarna ansett att de fått snabb tillgång till adekvata insatser som bidragit till rehabilitering, samt att beakta viktiga aspekter inför en eventuell implementering av projektet i länets övriga kommuner.

Utvärderare från FoU Välfärd Värmland har varit Per-Åke Karlsson och Bengt Eriksson. Underlaget till deras utvärdering har samlats in genom individuella intervjuer, fokusgruppsintervjuer, enkätundersökningar och dokumentstudier.

Berörda handläggare/vårdpersonal anser sig ha god kunskap om projektet och tycker det har varit enkelt att ta kontakt och ställa frågor till TRIS-teamet. De har varit nöjda med svaret och det har påverkat den insats de tillsatt i sitt fortsatta arbete med brukaren. Ett litet antal brukare, som besvarat en enkät, anser med något undantag att projektet inte inneburit någon större förändring för deras del.

TRIS-teamet menar att begreppet rehabilitering kan tolkas olika från de deltagande parterna. Att skapa en bättre situation och ett större välbefinnande för brukaren är det som förenar!

FoU Välfärd Värmland, Karlstads universitet, juni 2019.

Anna Gund

Föreståndare

Innehåll

Sammanfattning	2
Förord	5
Inledning	9
Syfte och frågeställningar	11
TRIS – framväxt och arbetsformer	12
TRIS Hammarö: Finansiering, mål och syften	12
En preliminär organisering	13
Arbetsgång	14
Förändringar inom projektet	14
Projektets programteori	15
Några erfarenheter från inspirationskällor till TRIS Hammarö	17
Om samverkan – i teori och praktik	20
Människobehandlande organisationer	20
Samarbetets/samverkans olika former och motiv	21
Möjliga problem i – och med – samverkan	22
Faktorer som främjar samverkan	23
Att tänka på i inledning och fortsättning av samverkansprojekt	24
Rehabilitering – att återvinna förlorade förmågor	26
Utvärderingens metoder	28
Intervjuer	29
Enkätundersökningar	30
Dokumentstudier	30
Etiska överväganden	32
Röster från två intressentgrupper	33
Brukarnas röst	33
Vad tycker handläggarna?	34
TRIS-teamet – TRIS-projektets centrum	36
Tidig Rehabilitering I Samverkan – TRIS: Vad innebär de olika delarna i projektnamnet?	36
Praktiken i TRIS	37
TRIS i siffror	38
Risk för rollsammanblandning?	39
Rehabkoordinatorns roll	40

Psykiatrin – efterfrågad men frånvarande	40
Tankar om bred implementering	41
Avvikelsehantering – både i och utanför TRIS	42
TRIS-projektets styrning och ledning	44
Projektets arbetsmodell och dess förändring mot renodling och precisering	44
Ärendetillströmning – en grundbult för projektet	45
Avvikelsehantering – projektets strukturella del	45
Psykiatrins medverkan – ett tema som återkommer	46
Rehabkoordinatorns roll	46
Ett projekt bli två – Hammarö och Grums	47
Implementering av arbetsmodellen i hela länet	47
Försäkringskassans medverkan och förändrade roll	47
Intresse att få projektet utvärderat	48
Diskussion och värdering	49
Metoddiskussion/-reflektioner	49
Målgrupp, målsättning och arbetssätt enligt ansökan	50
Projektets förändring och renodling	51
Projektets programteori	52
Några gränssnitt	52
Några observanda	54
TRIS' förankring hos parterna	56
Värdering av TRIS-projektet	57
Värdering av projektet i relation till utvärderingens frågeställningar ..	59
Rekommendationer	62
Referenser	65
Bilaga 1, Programteori för TRIS-Hammarö	68
Bilaga 2, Enkätfrågor	69
Bilaga 3, Intervjuguider	76

Inledning

«Samverkan – välfärdsstatens nya arbetsform.» Så formulerade två forskare redan för tjugo år sedan titeln på en bok om samverkan mellan försäkringskassa, psykiatri, socialtjänst, och andra stora aktörer inom välfärdens område¹. Och de var inte först – ambitionen att åstadkomma bättre kvalitet och större effektivitet genom ökat samarbete kan dateras åtminstone ytterligare tjugo år tillbaka. På det regionala planet tog de sig exempelvis uttryck i projekt för att öka samverkan mellan social hemtjänst och sjukvård i hemmet, i Värmland². Detta och liknande initiativ för att stimulera och utveckla samverkan har fått många efterföljare inom olika välfärdsområden, nationellt och regionalt. Sentida värmländska exempel på detta är de sex förbund för finansiell samordning (Finsam) som finns i länet. Ett av dessa är Samspelet, som står bakom det projekt som denna utvärdering avser.

Frågan är om förhoppningarna och förväntningarna på samverkansarbetet infrias. Blir det bättre för brukarna (patienter, klienter, försäkrade, arbetssökande)? Blir arbetet effektivare, snabbare och mera professionellt? I denna rapport utvärderas TRIS-projektet i Hammarö kommun, ett projekt vars syfte är att bidra till *Tidig Rehabilitering I Samverkan* (TRIS) mellan Arbetsförmedling (AF), Försäkringskassa (FK), Primärvård/Öppenvårdspsykiatri (Region Värmland) och Socialtjänst (Hammarö kommun).

Initiativet att utvärdera TRIS-projektet kom ursprungligen från Samordningsförbundet Samspelet och de ovan nämnda myndigheter/organisationer som deltar. FoU Välfärd Värmland vid Karlstads universitet fick, i början av 2018, uppdraget att genomföra utvärderingen. Arbetet har inneburit upprepade kontakter med TRIS-teamet på Hammarö och projektledaren Kristin Sundgren, samt Meta Fredriksson-Monfelt, chef för samordningsförbundet Samspelet. Empiriskt material har inhämtats genom fokusgruppsintervjuer, enskilda intervjuer, dokument från arbetet inom TRIS, liksom dokument och utvärderingar från andra län där man arbetat på liknande sätt. Synpunkter från berörda handläggare inom FK, AF, Region Värmland samt Socialtjänsten på Hammarö har efterfrågats genom en webbenkät, brukarna har tillfrågats om sina erfarenheter genom en traditionell pappersenkät.

¹ Berth Danermark och Christian Kullberg (1999) Samverkan. Välfärdens nya arbetsform.

² SamSS-projektet, i regi av Värmlands läns landsting och Kommunförbundet i Värmland.

Rapporten fortsätter närmast med syfte och frågeställningar för utvärderingsarbetet, en beskrivning av utvärderingens objekt – TRIS-projektet på Hammarö - samt erfarenheter från andra landsdelar där samma eller likartad metodik har prövats. Två huvudbegrepp inom projektet – samverkan och rehabilitering – utvecklas med utgångspunkt från forskning inom dessa områden. Därefter redogör vi för de metoder för utvärdering som använts, följt av en redovisning över resultaten – ur olika intressenters och berördas perspektiv. Rapporten avslutas med ett diskuterande och värderande kapitel, där vi söker uppfylla syftet och besvara utvärderingsfrågorna samt ger några rekommendationer.

Syfte och frågeställningar

Utvärderingens syfte var att skaffa kunskap om, och värdera, projektets organisering och verksamhet som en ändamålsenlig form för samverkan mellan parterna. Syftet var också att få underlag för att kunna bedöma om de förändringar i berörda brukares situation som projektet ville åstadkomma hade inträffat, samt att särskilt beakta hinder och möjligheter för en eventuell implementering av arbetssättet i andra delar av Värmland. Mera konkret har utvärderingsarbetet inriktats mot att besvara följande frågor:

- I vilken utsträckning är organiseringen för TRIS-arbetet ändamålsenlig i relation till arbetets målsättningar? Och i relation till den teoretiska modell, den programteori, som ligger bakom organiseringen?
- Vad definierar god kvalitet i en samverkansmodell av det slag som TRIS utgör? Hur motsvarar arbetet dessa kriterier?
- Kan några svaga länkar i modellen identifieras? I så fall: Vilka och vad skulle krävas för att stärka dessa delar?
- Vilken är brukarnas bild? Gör arbetssättet att de anser sig ha fått snabb tillgång till adekvata insatser som på ett tydligt sätt bidragit till rehabilitering? Finns inom TRIS redskap för återkoppling från brukarna, och hur fungerar i så fall dessa?
- Hur ”kontextberoende” är arbetssättet? Finns några tydliga observanda att beakta inför en eventuell implementering inom andra samordningsförbund i länet?

TRIS – framväxt och arbetsformer

De fyra myndigheter som samverkar i TRIS har alla viktiga men olika och kompletterande roller i rehabilitering av personer som står långt från arbetsmarknaden. Behovet av att utveckla goda strukturer för organiserad samverkan dem emellan har blivit allt mer uppmärksammat. Samtidigt finns goda lokala erfarenheter från tidigare samverkansprojekt mellan parterna. Stöd, finansiellt och med sakkunskap, från samordningsförbundet Samspelet har varit och är viktigt för projektet. Utifrån behov och positiva tidigare erfarenheter av att samverka utvecklades en projektplan med ansökan om medel från samordningsförbundet vilken resulterade i TRIS-projektet, som startade i början av 2017 och då var avsett att pågå i tre år.

Projektets inriktning och utformning inspirerades av liknande projekt i andra län/regioner: Sörmland, Gävleborg och Jämtland för att nämna några. Målgrupperna är desamma liksom de samverkande myndigheterna, samt att «kärnan» ofta är ett mindre team där representanter från parterna återkommande träffas för att utifrån konkreta personärenden diskutera hur man tillsammans kan komma framåt i rehabiliteringsarbetet. Samtidigt är olikheterna stora mellan de olika projekten. (Vi återkommer till erfarenheter från några av dessa projekt senare i rapporten.)

TRIS Hammarö: Finansiering, mål och syften

Projektet finansieras främst av samordningsförbundet och de deltagande parterna finansierar sin personals insatser i projektarbetet. Det har karaktären av pilotprojekt för att ge erfarenheter inför eventuell bredare implementering i regionen. Projektets mål, syften och preliminära organisering beskrivs i *Ansökan till Samspelet om finansiering i insats. TRIS - Tidig Rehabilitering I Samverkan (2016-12-01). Målgrupp* för projektet är dels "Individer i arbetsför ålder som har eller riskerar en medicinsk nedsättning av arbetsförmågan samt är i behov av samordnade insatser för att komma närmare eller åter i arbete" och dels "Parterna, med fokus på kvalitetssäkring av samverkan" (s. 3).

Utifrån detta beskrivs *syftet* vara "att skapa ett effektivt stöd till individen där rehabiliteringsbehovet blir utrett och aktiviteter samordnade så att individen får rätt insatser, rätt ersättning, från rätt instans, vid rätt tidpunkt" samt "att kvalitetssäkra samverkan mellan

parterna och ta fram former för och arbeta med avvikelshantering när det gäller SAMSIP (Samordnad Individuell Plan enligt Samspelets modell, vår anmärkning) med målsättningen att nå en mer integrerad individfokuserad samverkan” (s. 3).

Som synes är det ett projekt med ambitioner på två nivåer: dels *individnivån* för personer med behov av rehabiliterande insatser från flera myndigheter, dels *organisationsnivån* för parterna att finna goda strukturer för samverkan inom området arbetslivsinriktad rehabilitering.

Målsättningen formuleras som att dels ”ta fram en struktur och organisation för rehabiliteringssamverkan i Värmland och dels att ta fram en struktur för kvalitetssäkring av samverkan.” (s. 3) Till detta finns formulerade såväl effekt-, projekt- som processmål.

En preliminär organisering

Projektet är organiserat inom ramen för Samspelet med Hammarö kommun som projektägare. En preliminär organisation skisseras i ansökan: En TRIS-samordnare/projektledare (härefter används termen projektledare) på heltid samordnar och leder projektarbetet. Projektledaren har en grundanställning i Hammarö kommun men projektuppdraget finansieras av Samspelet. Under våren 2018 startades ett TRIS-projekt i Grums. De båda projekten arbetar parallellt men har gemensam styrgrupp och projektledaren delar sin arbetstid lika mellan projekten. Denna förändring illustrerar också det preliminära i ansökan vad gäller organisation³. Ett TRIS-team bestående av fasta representanter från parterna är något av en kärna i projektets operativa arbete på individnivån. Teamet består av en representant per part, s k TRIS-ombud, plus projektledaren som leder teamets arbete. TRIS-ombuden arbetar med handläggning av ärenden/motsvarande inom respektive organisation. Från sjukvården är rehabkoordinatören representant. Rehabkoordinatören samordnar även det Medicinska BedömningsTeamet (MBT) som träffas i omedelbar anslutning till TRIS mötena. I detta team deltar dock inte socialtjänsten. För projektet finns en särskild styrgrupp bestående av representanter från parterna, med beslutsmandat vad gäller behov av ändringar av rutiner för samverkan. Frågor om att säkra fungerande rutiner på organisationsnivån hanteras alltså av styrgruppen.

³ Tris-projektet i Grums omfattas dock inte av denna utvärdering.

Principiella frågor som rör projektets område kan, efter beredning, gå vidare till samordningsförbundets styrelse.

Arbetsgång

Arbetsgången för hantering av *individfrågor* i TRIS beskrivs på följande sätt: Handläggare (inom primärvården vårdpersonal) identifierar ett behov av samordning för att komma vidare i rehabiliteringsarbetet. Inför att frågan förs vidare till teamet ifylls en *samtyckesblankett* där personen ifråga godkänner att även sekretesskyddade uppgifter får användas av teamet. En tydlig *frågeställning* ska finnas. Frågeställningen presenteras först på ett s k *skypemöte* som äger rum varannan vecka. Teamet, som projektledaren ansvarar för, har ett möte via skype och där bestäms om hur frågan ska hanteras vidare inför det *TRIS-möte* som äger rum varannan vecka. Ibland kan enklare frågor besvaras direkt vid skypemötet. Projektledaren leder dessa båda mötestyper och strävan är att jobba strukturerat och effektivt. Mötena pågår vardera cirka en halvtimme. Projektledaren dokumenterar vad som framkommer och beslutas vid mötena. Teamet avgör om frågan kunnat besvaras på ett sätt som möjliggör att ärendet avslutas för TRIS eller om det ska följas upp vid senare tillfälle. TRIS-representanterna återkopplar till handläggarna/vårdpersonalen vad som framkommit och rekommenderas med stöd av dokumentationen. Det är handläggarens/vårdpersonalens uppgift att återkoppla till aktuell person.

Frågor om brister och problem i samverkansarbetet – s k *avvikelser* – kan lämnas till representanterna i teamet som i sin tur lämnar frågan vidare till projektledaren. Denne gör en kortare utredning och lämnar ärendet vidare till ledningsnivån, d v s *styrgruppen* för TRIS. Frågor kan också lämnas direkt till projektledaren eller till styrgruppen. Styrgruppen sammanträder två till tre gånger per halvår. Gruppen har alltså beslutsmandat angående rutiner för samverkan.

Förändringar inom projektet

I ansökan och projektbeskrivningen framhålls som nämnts att organisationen och arbetssättet är preliminär och att ändringar kan behöva göras allt efter som erfarenheter vinnas. Under den tid som projektet pågått har också viktiga förändringar skett:

- Ny samordnare/projektledare från och med november 2017

- Man har alltmer betonat att insatser, t ex för stöd eller behandling för personer inte ska ske inom ramen för TRIS-arbetet. Insatser åligger respektive part. Detta har t ex medfört att frågor om att göra gemensam planering för enskild person, s k SAMSIP, inte sker inom ramen för projektet. TRIS-mötet kan dock rekommendera SAMSIP som en lämplig väg att komma vidare i ärendet.
- I Grums kommun har ett motsvarande projekt startat senare. Projektledaren delar sin arbetstid mellan projekten och styrgruppen är gemensam.
- Projekttiden har förlängts t o m 2020 för att ge möjlighet till att vinna ytterligare erfarenheter.
- Efter sommaren 2018 aviserade Försäkringskassan att ändrade direktiv inom organisationen gjorde att man inte skulle kunna fortsätta att diskutera enskilda ärenden om den person frågan gäller inte var närvarande. Representanter från kassan aviserade att man troligtvis skulle nödgas att lämna projektet. Dock fann man en lösning under hösten som gjorde att Försäkringskassan kan fortsätta att ingå i projektet, men att man inte deltar i diskussioner om enskilda personer vid TRIS-mötena.

Enligt statistik som samordnaren upprättat har 58 ärenden (*personer*) varit föremål för överläggningar i TRIS-teamet, från start och fram till 12 februari 2019. Antalet *avvikelseanmälningar* är (givetvis) betydligt färre – totalt 9 stycken har behandlats under 2017 och 2018.

Projektets programteori

I början av utvärderingsarbetet skissade vi utvärderare en s k programteori⁴ för projektet. Denna har sedan utvecklats och kompletterats av först projektledaren och förbundschefen, sedan av TRIS-teamet och slutligen av styrgruppen under november 2018 (se bilaga 1). Programteorin är tämligen detaljerad men vi bedömer att de viktigaste inslagen är följande: Som *resurser* och förutsättningar tas främst upp det uppdrag och den arbetsbeskrivning som finns för projektet liksom att säkrad finansiering finns via Samspelet och av parterna själva. Som projektets *aktiviteter* vilka ska genomföras med de resurser som står till förfogande för att nå dess mål och syften lyfts

⁴ Om programteori se t ex Lindgren (2006)

fram vid de regelbundna TRIS-mötena samt även teamträffar några gånger om året som teamet har för egen kompetensutveckling samt arbetet med frågorna som framkommer i avvikelshanteringen. Ett antal avsedda *prestationer* önskar man uppnå såsom kompetensutveckling i samverkan för personal och ledning, ett arbetssätt där brukaren sätts i fokus, att samverkan kvalitetssäkras och rundgången mellan parterna minskas. Ett antal önskade positiva *effekter* som projektet väntas medföra formuleras på olika lång sikt för såväl personal och organisation som brukare. Bland de önskade effekterna märks på personal/organisationsnivå: Snabbare kontaktvägar. Ökad kunskap om parterna och välfärdssystemet. Tidigare gemensamma rehabiliteringsinsatser. För brukare: Snabbare process och att slippa upprepa sin "story" för många handläggare/vårdpersonal. Rätt insats från rätt instans. Kortare tid i utanförskap/offentlig försörjning. Och på sikt ökad hälsa och ökat välbefinnande för berörda brukare.

Några erfarenheter från inspirationskällor till TRIS Hammarö

Det finns ett antal verksamheter av liknande karaktär som TRIS Hammarö runt om i landet. Via projektledningen fick vi kontaktuppgifter till ett antal sådana. Vi tillskrev projektledarna (motsvarande) med en fråga om utvärderingar gjorts. Från fem verksamheter fick vi tillgång till dokumentation. Några hade genomfört, mer eller mindre formaliserade, utvärderingar medan de andra främst gjort/gör interna uppföljningar. Från någon fick vi svaret att man inte genomfört någon utvärdering. Några ”TRIS-verksamheter” vi fick uppgifter från drivs (har drivits) som projekt medan andra är implementerade i ordinarie verksamhet.

I *Sörmland* har man utvecklat en samverkansplattform – TRIS – under en 15-årsperiod. I ansökan om medel för TRIS Hammarö refereras återkommande till Sörmland vad gäller verksamhetens tänka uppläggning och målsättning. I Sörmland är TRIS sedan 2015 ett implementerat arbetssätt och omfattar hela länet. Verksamheten har sin tyngdpunkt i sjukvården, till att börja med i samverkan med FK och AF. Kommunernas socialtjänst kom med betydligt senare. Ett 40-tal TRIS-team finns runt om i länet. En överorganisation med regionala och delregionala styrgrupper finns liksom en processägargrupp. Den samlade projektrapporten från 2015 som publicerats har ”en utvärderande ansats och intar ett lärande perspektiv” (sid 11). I rapporten framkommer bland annat att den omfattande organisationsstrukturen som skapats är ett resultat av ett mångårigt arbete. Framgångar redovisas liksom även tillkortakommanden – till exempel att målsättningar ibland varit orealistiska – såsom att projektinsatser skulle leda till sänkt ohälsotal i regionen givet TRIS resurser och avgränsningar (s. 35).

I *Gävleborg* finns en väl etablerad verksamhet under namnet Trisam. Parterna är desamma som i TRIS Hammarö, liksom uppläggningsen med fasta ”TRIS-team” som diskuterar individärenden där samverkansbehov finns. Även här har sjukvården – genom vårdcentraler – en central roll. Man förefaller ha utvecklat ett systematiskt, internt uppföljningsarbete utifrån frågor om hur verksamheter fungerar för såväl deltagande personal som brukare⁵. Någon samlad utvärdering har dock ej presenterats.

⁵ Ett väl utvecklat materiel för detta uppföljningsarbete finns att ta del av.

I *Umeå i Västerbotten* kallas verksamheten NAFS; "Närsjukvårdsprojektet om samverkan mellan Närsjukvård, Försäkringskassa, Arbetsförmedling och Socialtjänst". Verksamheten startade under 2007 och i den medverkar samma parter som i Hammarö. Under åren har allt fler kommuner anslutit sig och numera omfattas många vårdcentraler och kommuner i länet. En mycket positiv utvärdering har gjorts med fokus på verksamheten under åren 2010–2011: "Mål och förväntningar har inte bara infriats utan överträffats. Trots olika regelverk, olika referensramar, otillräckliga kunskaper om samarbetsorganisationernas arbetsområden, lojalitetskonflikter gentemot moderorganisationernas kärnverksamheter, risk för övervältringseffekter, vilket brukar vara vanliga samarbetshinder, har Närsjukvårdsprojektet utvecklats positivt under hela projekttiden" (Edlund, 2011, s. 22-23).

Från Jämtland/Härjedalen har vi dokumentation från en liknande verksamhet: STR – Samordnad Tidig Rehabilitering. Projektet har bedrivits i en mindre kommun – *Krokom* – mellan 2014-09-01 och 2016-04-30. Projektet har bedrivits vid Krokoms hälsocentral och i samverkan med kommunens socialtjänst, FK och AF. Målgrupp, mål och syfte beskrivs på ett liknande sätt som i de andra verksamheterna. Totalt samverkade man kring 75 personer under projektiden. Man konstaterar i slutrapporten bland annat: "Med facit i hand framkommer att upplevelsen av modellen och strukturen är bra men vad det resulterat i för individerna är oklart" (Wik, 2016, s. 3) Vidare uppfattar man att modellen tycks mer framgångsrik för individer som står närmare arbetsmarknaden än längre ifrån. Dessa konstateranden torde kunna gälla för flera av de TRIS-verksamheter som här refereras till.

I "*Göteborg Nordost*" kallas verksamheten ReSam, vilket står för Rehabilitering i Samverkan. ReSam är ett rådgivande team som är till för att stödja personer som bor i stadsdelarna Östra Göteborg eller Angered. Även här samverkar myndigheterna (sjukvården, FK, AF och socialtjänsten) genom ett fast team som behandlar individfrågor. Målgruppen är densamma som för de andra här nämnda verksamheterna. Teamet är rådgivande och parterna bidrar med sin specifika expertis. Uppgiften beskrivs vara att bidra till att en hållbar och väl förankrad planering kommer till stånd. Någon mer omfattande dokumentation har ännu inte gjorts.

De här kort refererade projekten har stora likheter – *målgruppen* är individer med omfattande problem på arbetsmarknaden och där samverkan mellan myndigheter bedömts vara viktigt för framgångsrik, helst tidig, rehabilitering till arbete eller utbildning. *Sjukvården*, främst via vårdcentraler, är oftast den organisatoriska hemvisten och där rehabiliteringspersonal är ledande och samordnande. Det operativa arbetet för enskilda individer bedrivs i partssammansatta *team* bestående av representanter för de fyra myndigheterna. En samordnare – projektledare – leder teamets arbete. En övergripande (projekt)organisation leder arbetet via *styrgrupp* eller dylikt. *Omfattningen* varierar från enskild kommun till hela landsting/regioner. Några är implementerade, efter en ganska lång projektperiod, medan andra fortfarande är projekt. TRIS-Hammarö ”sticker ut” i ett par avseenden: Dels genom att sjukvården inte har den självklart ledande rollen i arbetet. I Hammarö förefaller kommunens socialtjänst ha en mer framträdande roll än på andraställen. Dels genom att man betonar vikten av kvalitetssäkring av samverkan och i det avseendet tydligt gör detta genom ett system för avvikelshantering.

Om samverkan – i teori och praktik

Samverkan är ett av ledorden i TRIS-projektet (det andra ledordet är rehabilitering, som diskuteras i nästa kapitel). Tidig rehabilitering i samverkan är själva idén med projektet och dess namn uttrycker en ambition att åstadkomma detta. Själva begreppet samverkan är dock långtifrån entydigt och oproblematiskt till sin innebörd. Vad innebär det att 'samverka/verka tillsammans'? Vilka är förutsättningarna för god samverkan, vilka är de faktorer som påverkar dess kvalitet? I det här kapitlet tar vi upp några resultat från den omfattande forskningen om samverkan. Först dock något om den kontext inom vilken samverkan – i det här fallet – är tänkt att utvecklas: människobehandlande organisationer.

Människobehandlande organisationer

Människobehandlande organisationer (Human Service Organizations, HSO) är organisationer där 'råmaterialet' är människor. Pregnanta exempel är sjukvård, skola eller socialtjänst. Ofta tillhör de den offentliga sektorn, men privata organisationer med motsvarande uppgifter och offentlig finansiering räknas också hit. De fyra organisationer som ingår i TRIS-projektet är alla typiska exempel på HSO. Deras huvudsakliga arbetsuppgifter brukar indelas i utredande⁶ ('processing'), stödjande ('sustaining') och förändrande ('changing') (Hazenfeldt, 1983). Exempel på en verksamhet med huvudsakligen utredande uppgifter är domstolar, men inslag av utredande karaktär finns inom de flesta människovårdande organisationer, inklusive samtliga TRIS-organisationer. Fokus på stödjande uppgifter finns t ex inom socialtjänstens äldreomsorg, men också inom delar av sjukvården. I generell mening kan man säga att stödjande inslag förväntas från alla de fyra organisationerna inom TRIS, men kanske mest tydligt inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg. Den tredje uppgiften för människobehandlande organisationer är att verka för förändring i brukarnas livssituation. Det kan handla om rehabilitering för att kunna återgå i arbete, eller behandling för att kunna bemästra missbruk av droger, eller hantera psykiska problem för att möjliggöra en dräglig vardagstillvaro. Rent generellt kan man säga att utredande uppgifter låter sig standardiseras i högre utsträckning än stödjande, och att detta än mer gäller i relation till de förändrande arbetsuppgifterna (Kullberg, 1997). För stödjande och –

⁶ Det svenska 'utredande' täcker inte till fullo sin engelska motsvarighet 'processing'. I den engelska termen inkluderas fler aspekter av byråkratisk handläggning än rena utredande verksamheter, t ex beslutsfattande.

i synnerhet - förändrande arbetsuppgifter blir istället professionella bedömningar utifrån varje situations (åtminstone delvis) unika förutsättningar en viktig del av yrkesutövningen. Något som kräver utrymme för professionella och i viss mån skönsmässiga bedömningar och beslut.

Samarbetets/samverkans olika former och motiv

Begreppet samverkan har kommit att bli något av 'ein Mädchen für alles', en term som används brett och för alla former av samarbete, från att man delar med sig av information, till att man gör hela jobbet tillsammans. Forskare inom området har preciserat olika slag av samarbete (Westrin, 1986) till fyra, skilda men besläktade former: *Koordinering* eller samordning, *Kollaboration* eller samverkan, *Konsultation*, samt slutligen *Integration* eller sammansmältning. Koordinering innebär att två eller flera myndigheter/organisationer adderar sina respektive insatser, t ex genom att skapa en s k 'vårdkedja'. Ingen av de medverkande parterna går över gränsen till eller influerar andra parter agerande. Istället handlar det om att skapa en 'sömlös' process och hindra att brukaren hamnar mellan två stolar. Kollaboration (som också i dagligt tal kallas samverkan) utmärks av att man gemensamt arbetar med vissa frågor. Dessa frågor är tydligt avgränsade, liksom formerna för det gemensamma arbetet. Konsultationen har en delvis annan form – där handlar det om att företrädare för olika verksamheter under begränsad tid och i definierade former bidrar i varandras arbete. Integration eller sammansmältning, slutligen, innebär, som namnet anger, att gränserna mellan två eller flera verksamheter suddas ut och att den nya organiseringen tar på sig de uppgifter (eller en del av dem) som de tidigare organisationerna hade (Danermark & Kullberg, 1999).

Socialstyrelsen (Kunskapsguiden, 2019) tar upp fyra framträdande faktorer som motiverar samverkan:

1. "Samverkan kan avlasta personen bördan att själv hitta rätt i vårdapparaten och förhindra att han eller hon faller mellan stolarna.
2. En ensam aktör kan oftast inte ensam lösa personens problem.
3. Samverkan kan bredda och fördjupa kunskapen om fungerande rehabilitering och habilitering.
4. Med samverkan kan personen uppnå en bättre livskvalitet till en lägre samhällskostnad."

Möjliga problem i – och med – samverkan

Forskning och utvärdering kring olika samverkansprojekt har visat på en mängd faktiska och potentiella problem. Brister i organiseringen av samverkan, otillräckligt stöd från ledningen (ett uttryck för bristande vertikal integration), eller för små resurser för att kunna genomföra samarbetet är exempel på problem som återkommande diskuterats. Ännu vanligare är problem i själva samverkanssituationen. Det kan t ex handla om statuskillnader mellan de yrkeskategorier som förväntas samverka, något som kan leda till asymmetrisk kommunikation (t ex genom att en profession betraktar sina samverkanspartners i huvudsak som uppgiftslämnare inför egna beslut, utan att själv ha så mycket att lära av andra). Skillnader i eller strider om makt kan ibland ha sin grund i kolliderande professionsanspråk, men kan också gälla s k domänanspråk, d v s rätten att betrakta ett visst verksamhetsområde som 'sitt'. Bångsbo m fl (2018), som studerat samverkan inom vård och omsorg för äldre, pekar på skillnader i utbildningsnivå som en viktig faktor för hur olika professioner uppfattar och uppskattar samverkan. Vi kan konstatera, efter en översiktlig genomgång av forskning kring samverkan inom välfärdsområdet, att många av de faktorer som lett till problem i olika verksamheter inte är lika framträdande inom TRIS-projektet.

Danermark och Kullberg (1999, s. 54 ff) pekar på statuskillnader mellan medicinska professioner och andra yrkesgrupper som ett återkommande problem i samverkan inom välfärdsområdet. Speciellt är det läkarnas (inom somatik) dominerande ställning som uppfattats vara problematisk. Också inom psykiatrin finns dessa statuskillnader, i det fallet främst baserade på skillnader mellan psykiatrins medicinska och andra yrkesgruppers mera socialt grundade förklaringsmodeller. Psykiatrikerns överordnade position genom möjligheten att ställa diagnos och föreskriva medicinsk behandling leder till att andra yrkesgruppers kunskap mera ses som kompletteringar till den psykiatriska kunskapen. När det gäller samverkansprojekt där FK och bl a sjukvården deltagit har ett problem varit att FK i högre grad än andra parter styrs av ett strikt regelverk, medan sjukvården grundar sitt arbete på individuella bedömningar. Danermark och Kullberg (a a, s. 55) sammanfattar följande faktorer som visat sig kunna ställa till problem i samverkan:

- "Vagt formulerade mål
- Olika kunskapstraditioner och professionella mål

- Olika ekonomiska intressen
- Skilda organisatoriska strukturer
- Oklar ansvarsfördelning
- Asymmetrisk relation mellan de samverkande
- Skild etisk praxis
- Dålig samordning
- Hög personalomsättning
- Stor arbetsbelastning”

Författarna väljer att fokusera på organisatoriska faktorer som visat sig negativt påverka möjligheterna till god samverkan. Andra hinder kan finnas i mera kontext- och individbundna förhållanden. Eftersom det i HSO ofta finns ett relativt stort utrymme för den enskilde professionelle att agera, hämmande eller främjande, i frågor som rör samverkan med andra parter, kan sådana faktorer spela stor roll i konkreta samverkanssituationer.

Faktorer som främjar samverkan

På samma sätt som hindrande och försvårande faktorer kunnat påvisas finns det också mekanismer som främjar och underlättar samverkan. Att formerna för och målet med samverkan är konkreta och att de målgrupper kring vilka samverkan ska ske är tydliga förefaller vara grundläggande förutsättningar (Lagerberg & Sundelin, 1990, i Danermark & Kullberg, 1999). Andra pekar på mera individ- och kulturbundna faktorer som viktiga, såsom ”motivation, yrkesidentitet, erkännande och respekt från övriga medverkande” (a a s. 56).

I organisationer finns såväl en vertikal (organisatorisk) hierarki som en horisontell (mellan kollegor på samma eller jämförbar nivå) arbetsdelning (Haraldson, 2016). En förutsättning för framgångsrik samverkan är, av naturliga skäl, att den horisontella integrationen fungerar väl. Bångsbo (2018) pekar på att också den vertikala integrationen är viktig, främst genom att ledningen antar ”a bottom-up approach where the staff have a greater freedom to act and develop integrated care based on mutual agreements and a will to collaborate”(s. 15). Bohman och Westlund (1997, s. 56) pekar på följande faktorer som viktiga för att främja god samverkan:

- ”Verksamheterna är organiserade i gemensamma distrikt
- Huvudmannaskaps- och funktionsgränser har bestämts på ett lämpligt sätt

- Verksamheterna är samlokaliserade till ett gemensamt hus
- Den administrativa och politiska ledningen och finansieringen av verksamheten är samordnade
- Att samarbetet innefattar alla nivåer i de organisationer som skall samverka
- Att man lyckas åstadkomma ett lagarbete vilket alla berörda organisationer är involverade i
- Att gemensamma utvecklingsprojekt bedrivs
- Att gemensam fortbildning bedrivs för all personal
- Att ekonomiska stimulanser erhålls eller att en tvingande lagstiftning föreligger”

Av de uppräknade faktorerna är några mera relevanta i TRIS-projektet, medan andra inte kan tillämpas på projektets begränsade karaktär. Det finns t ex inte något behov av att samlokalisera verksamheten till gemensamma lokaler, inte heller att samverkan ska omfatta alla nivåer i de samverkande organisationerna. Andra faktorer, som att man kan få till stånd ett lagarbete som engagerar alla berörda parter, eller att man har gemensam fortbildning för alla berörda, förefaller ligga närmare TRIS.

Danermark och Kullberg (1999) sammanfattar sin bedömning att det sker en långsam förbättring när det gäller samverkan inom välfärdssektorn. ”Nödvändigheten att samverka, ökade insikter som en följd av samverkan och ökad effektivitet skall vägas mot tradition, maktförhållanden och prestige, olika organisatoriska förhållanden och mycket annat. Det finns alltså såväl starka krafter som verkar för en god samverkan, liksom det finns starka motverkande krafter” (s. 57).

Att tänka på i inledning och fortsättning av samverkansprojekt

Haraldson (2016) tar i ett kapitel upp faktorer som är av betydelse för att samverkan ska fungera så bra som möjligt. Just för att samverkan nu är en företeelse på modet finns det, menar hon, ännu större skäl att tänka efter vad som realistiskt kan åstadkommas och om de resurser man kan avsätta står i rimlig proportion därtill. Hon pekar också på den inbyggda förändringströghet som finns i de flesta organisationer. Att göra som man alltid har gjort är ofta det minst resurskrävande, i varje fall på kort sikt. Och organisationer strävar efter att hushålla med resurserna. Både formella element och

informella faktorer spelar in för möjligheten att få till en framgångsrik samverkan. De formella elementen handlar bl a om vem som ska göra vad i samverkansarbetet. Ska hela organisationen eller bara vissa professioner delta? Är syftet att förändra det 'inre' arbetet i deltagande organisationer, eller är ambitionsnivån mera begränsad, t ex att skapa smidigare vägar för informationsutbyte? Vilken är projektledarens roll i förhållande till linjeorganisationen? Vilka mandat, ansvar och befogenheter har samverkansorganisationen? Det är viktigt att både ledning och operativ personal i de samverkande organisationerna finns på samma organisatoriska nivå och har likvärdiga mandat. En klar och tydlig fördelning av arbetsuppgifter är viktig, liksom att rutiner, ansvar och gränsdragning har klarats ut.

Bland de informella faktorerna tar Haraldson (2016) upp att olika professioner kan skilja sig åt vad gäller kunskapsmodeller och teknologier, liksom formerna för att fatta beslut. Ett exempel på denna typ av skillnader kan vara olikheter i dominerande förklaringsmodeller (biologiska, psykologiska, sociala) när det gäller tolkning av människors problem och val av åtgärd för att lösa dem. De teknologier som används av respektive part/profession kan också skilja sig åt, t ex vad gäller utrymme för individuella bedömningar kontra styrning genom lagar, regler eller professionsbundna anvisningar (t ex etiska regler för den egna professionen).

Rehabilitering – att återvinna förlorade förmågor

Om samverkan är det främsta ledordet i TRIS-projektet är rehabilitering det som kommer närmast i betydelse. Personer som, av någon anledning, förlorat viktiga förmågor för ett tillfredsställande vardagsliv eller egen försörjning genom arbete, ska genom projektets samverkande parter få stöd för att återfå dessa förmågor, att rehabiliteras. Begreppet rehabilitering kan definieras som ”insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån behov och förutsättningar, återvinner eller behåller bästa möjliga funktionsförmåga och skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet” (Socialstyrelsens termbank, Kunskapsguiden, 2019). Begreppet habilitering definieras på motsvarande sätt, med den skillnaden av funktionsnedsättningen ska vara medfödd eller tidigt förvärvad.

Litteratur kring rehabilitering (se t ex Ekholm, m fl, 2015) betonar att insatser ska utformas tillsammans med den enskilde och utifrån dennes personliga mål. Såväl kortsiktiga som långsiktiga mål bör formuleras. Vidare framhåller man att rehabilitering bör påbörjas tidigt, för att så långt möjligt förhindra att de hämmande faktorerna ytterligare förvärrar situationen för den enskilde. Att insatser bör ske så tidigt som möjligt ligger helt i linje med ambitionen inom TRIS-projektet.

Beroende på funktionsnedsättningens karaktär och grad kan olika former av rehabilitering behövas. Oftast talar man om medicinsk respektive arbetslivsinriktad rehabilitering. I det förstnämnda fallet handlar det om att olika kompetenser inom vården bidrar till att hälsorelaterade hinder minskar eller undanröjs. Arbetslivsinriktad rehabilitering fokuserar snarare på att undanröja konkreta hinder för att kunna ta ett visst arbete (och därigenom uppnå egen försörjning, helt eller delvis). Rehabilitering kan också innebära insatser av pedagogisk, social och teknisk art.

Socialstyrelsen (Kunskapsguiden, 2019) betonar flera faktorer som viktiga förutsättningar för en framgångsrik rehabilitering: Insatserna ska vara flexibla, men samtidigt strukturerade. De ska bygga på en mångfald insatser, vara metodiska och innebära personkontinuitet. Samverkan och samtidighet i insatserna betonas; hälso- och sjukvården, socialtjänsten, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och arbetsgivare ska bidra gemensamt i rehabiliteringsinsatserna.

Socialstyrelsen lyfter också fram gruppen rehabiliteringskoordinatorer som en central resurs. Rehabiliteringskoordinatorernas uppgift är att förbättra samverkan och göra det lättare för personer som varit sjukskrivna att återgå i arbete.

Förändringar under TRIS-projektets gång har, som framgår på annan plats i denna rapport, inneburit att konkreta rehabiliteringsinsatser inte omfattas på samma sätt som tidigare. Detta behöver givetvis inte innebära att själva tanken om rehabilitering har övergivits, men den har lyfts ut från projektet och till fortsatta, framtida insatser. Projektets målgrupp står, generellt sett, långt från arbetsmarknaden. Rehabiliteringskoordinatorn, som är en av TRIS-teamets medlemmar, har därför i projektet fått en delvis annan roll än den gängse.

Utvärderingens metoder

Att utvärdera innebär att bedöma och värdera något; i detta fall ett projekt som sker i samverkan mellan flera myndigheter för att underlätta återgång i arbete. Denna bedömning och värdering ska ske mot ett så tillförlitligt kunskapsunderlag som möjligt. Det finns många definitioner av utvärdering. Vi ska blott antyda ett par väl kända. Den amerikanske forskaren inom utvärdering Michel Scriven (1991) betonar vikten av noggrannhet i bedömningen för att kunna fastställa värdet: "Utvärdering innebär att skilja det värdefulla från det värdelösa" (a a s. 1) som han så kärnfullt sammanfattar. Även statsvetaren Evert Vedung (2009) betonar vikten av noggrannhet i utvärderingsarbetet och att utvärdering sker i efterhand; när utfall eller slutprestationer kan identifieras. Vedung betonar att utvärdering är framåtsyftande. Den "tänkes spela en roll i praktiska beslutssituationer." (a a, s. 22). Vår definition av utvärdering anknyter till dessa definitioner. Utvärdering handlar om att på ett systematiskt sätt skaffa sig kunskaper om utvärderingsobjektets verksamhet och insatser och att värdera denna kunskap mot en tydlig referensram (Eriksson & Karlsson, 1990).

Den utvärdering som genomförts är extern till sin karaktär, vilket innebär att vi utvärderare är fristående från uppdragsgivaren Samspelet. Föremålet för utvärderingen är ett avgränsat projekt som involverar flera parter med gemensamt intresse att öka kunskapen om värdet med projektet. Utvärderingen sker under tiden projektet pågår, vilket gör att det inte är möjligt att bedöma ett slutligt resultat. Utifrån att projekttiden förlängts kan utvärderingen karaktäriseras som en "halvtidsutvärdering". Det handlar här främst om att värdera resultatet "så här långt" och på så sätt få underlag för eventuella kurskorrigeringar – utvärderingen har sålunda ett formativt syfte⁷, främst i bemärkelsen att ge underlag för eventuell bredare implementering i Värmland.

Vad gäller insamling av information – data – har vi använt såväl kvalitativa som kvantitativa metoder för att på så sätt kunna få fylligare och mera mångsidig kunskap om projektet. Utvärderingen karakteriseras av "mixed methods" (Cresswell, 2014), d v s olika typer av data har insamlats och bearbetats på flera olika sätt. Huvudsakligen har vi använt oss av intervjuer med centrala aktörer

⁷ För fylligare redogörelser för dessa och andra begrepp inom utvärderingsteori se t ex Eriksson och Karlsson (2016) Att utvärdera välfärdsarbete.

och intressenter i och kring projektet. Ett par mindre enkäter, dels riktade till de brukare vars situation behandlats i TRIS-teamet och dels till de handläggare/vårdpersonal som aktualiserat ärenden till teamet, har också genomförts. Vi har också studerat tämligen många dokument om och från projektet.

Intervjuer

Intervjuerna har dels varit individuella med enskilda personer, dels skett i mindre grupper. Som en upptakt till utvärderingsarbetet, i maj 2018, intervjuades förbundschefen och projektledaren var för sig. Syftet var då främst att få en tydligare bild av projektet och dess utmaningar. I september 2018 och i januari 2019 intervjuade vi förbundschefen och projektledaren tillsammans för att få deras uppfattning om utvecklingen av projektarbetet och vilka utmaningarna nu var. Styrgruppen intervjuades i september 2018 i samband med dess sammanträde. Intervjun fokuserades kring gruppens roll i projektet och vilka möjligheter och svårigheter man kunde identifiera.

Information från TRIS-teamets medlemmar har inhämtats vid två tillfällen. Tidigt i utvärderingen, juni 2018, genomfördes en fokusgruppsintervju utifrån ett antal teman. I januari 2019 gjordes en ytterligare fokusgruppsintervju med teamet. En representant i teamet kunde inte medverka vid någon av intervjuerna, varför telefonintervjuer genomförts med hen vid två tillfällen.

Halvstrukturerade intervjuguides⁸, som utformats utifrån utvärderingsfrågorna och anpassats till den aktuella intervjun, vägledde samtliga intervjuer vilka spelades in. Skriftliga referat av inspelningarna har gjorts. Utifrån intervjuguiderna och vad som framkom vid intervjuerna har vi tematiserat informationen. För att säkerställa att vi uppfattat vad som framkommit på ett korrekt sätt har vi var för sig lyssnat igenom intervjuerna och utifrån det korrigerat och kompletterat utkast till intervjureferat. Den vidare bearbetningen kan karaktäriseras som textnära innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004).

Intervjuerna, som genomförts i samtalsform och med en öppen och inbjudande ansats, har inneburit möjligheter till lärande om och

⁸ Intervjuguiderna återfinns i bilaga 3.

reflexioner över projektet för deltagarna. Vid flera tillfällen har de också vidimerat att så har skett och att det varit viktigt för att vidareutveckla kunskapen om projektet och de olika parternas medverkan.

Enkätundersökningar

Två mindre enkätundersökningar⁹ har genomförts riktade till brukare och till handläggare/vårdpersonal. Undersökningarna genomfördes parallellt under januari och februari 2019. Vår ambition var att de skulle utgöra totalundersökningar, d v s att alla berörda brukare och handläggare/vårdpersonal skulle tillfrågas. *Enkäten till brukare* genomfördes som en postenkät. Vi utformade förslag till enkät som stämde av med TRIS-teamet och projektledningen. Enkäten distribuerades via teammedlemmarna till respektive handläggare för brukaren. Handläggaren lämnade enkät, svarskuvert med porto, samt information om undersökningen och utvärderingen till brukaren. Den besvarade enkäten sändes sedan till FoU Välfärd Värmland som vidarebefordrade enkäterna till oss. Tjugofyra enkäter lämnades ut varav 6 besvarades¹⁰. Ingen påminnelse gjordes. *Enkäten till handläggare* genomfördes som webbenkät. Förslaget till enkätfrågor kommunicerades med teamet och projektledningen. E-postadresserna till de 12 handläggarna/vårdpersonal vid de fyra deltagande myndigheterna som haft ärenden som behandlats i TRIS-teamet sändes till FoU Välfärd Värmland som bifogade enkäterna i ett mail. Svaren sändes elektroniskt och hanterades i dataprogrammet Survey & Report. En påminnelse gjordes. Totalt sju personer besvarade enkäten vilket ger svarsfrekvensen 58 procent. Resultaten från båda dessa enkätundersökningar har bearbetats genom kvantitativa sammanställningar av svarsfördelningarna och redovisningar av kommentarer de svarande givit.

Dokumentstudier

Information för utvärderingen har också inhämtats från de olika *dokument* som producerats i och om projektarbetet: Av projektledaren sammanställd årsstatistik samt protokoll från TRIS-

⁹ De båda enkäterna finns bilagda rapporten, som bilaga 2.

¹⁰ Sammanlagt lämnades 24 pappersenkäter ut till TRIS-teamets medlemmar, för vidare distribution till handläggare/vårdpersonal, som i sin tur lämnade enkätblanketterna till brukarna, direkt eller via post. Vi saknar information om hur många av dessa 24 som slutligt nådde brukare. Den verkliga svarsfrekvensen kan därför inte med säkerhet fastställas.

möten har använts för att få en översikt över arbetet med frågeställningar beträffande brukare.

Som tidigare beskrivits leds TRIS-projektet av en *styrgrupp*, sammansatt av representanter – i chefsposition – för de fyra parter som deltar i projektet, Samspelets chef och projektledaren för TRIS. Vid styrgruppens möten diskuteras fortlöpande hur projektet utvecklas och vilka förändringar som bör göras. Hantering av s k avvikelser är en uppgift som särskilt åvilar styrgruppen. Dess arbete har i utvärderingen kunnat följas genom protokoll från sammanträden, sammanlagt 13 st, under två år, 2017-03-15–2019-03-18. Samspelets chef samt projektledaren har som framgått intervjuats vid två tillfällen under utvärderingen, delar i dessa intervjuer har berört styrgruppens arbete. De mest centrala delarna av styrgruppens arbete har tematiserats och under varje tema beskrivs diskussioner och beslut kronologiskt. I tabellen nedan sammanfattas varifrån, hur och när materialet för utvärderingen samlats in.

Tabell 1: Översikt datainsamling för utvärdering av TRIS Hammarö

Datakällor	Metod	När?
förbundschefen	intervju	maj 18, sept 18*, jan 19*
projektledaren/samordnaren	intervju	maj 18, sept 18*, jan 19*
styrgruppen	gruppintervju	sept 18
TRIS-teamet	gruppintervju	juni 18, jan 19
enskild person TRIS-teamet	telefonintervju	juni 18, jan 19
brukare, motsv.	postenkät	jan – febr 19
handläggare/vårdpersonal	webbenkät	jan – febr 19
årsstatistik	dokumentstudier	jan 19
protokoll TRIS-teammöten	dokumentstudier	fortlöpande
protokoll styrgruppen	dokumentstudier	fortlöpande

*Förbundschef och projektledare tillsammans

Sammantaget grundas utvärderingen på ett tämligen omfattande material. Vi hävdar att det i sin helhet ger ett gott underlag för att besvara utvärderingens frågeställningar och för att nå dess syfte. Dock ska det observeras den låga svarsfrekvensen på enkäterna till berörda brukare och handläggare.

Etiska överväganden

Sedvanliga forskningsetiska regler och principer har tillämpats i utvärderingsarbetet. Datainsamling från de olika parterna bygger på informerat samtycke. Personal inom de parter som deltar i TRIS har deltagit inom ramen för sina anställningar, om någon skulle ha önskat att inte delta så hade detta självklart respekterats. Datainsamling från brukare har skett genom att kontakten förmedlats via deras respektive handläggare/vårdpersonal och vi som utvärderare har således ingen kännedom om vilka som tillfrågats. Samma tystnadsplikt som gäller för personalen har iakttagits av oss. Materialet har förvarats oåtkomligt för andra än utvärderarna. I rapporten kan ingen enskild, utöver projektledaren och chefen för Samspelet, identifieras.

Röster från två intressentgrupper

Det yttersta syftet med TRIS-projektet är att bidra till snabbare och mera ändamålsenlig hjälp och stöd till människor som behöver det. Det ska ske genom att anställda inom de myndigheter och organisationer som deltar tidigt kommer i kontakt med varandra och kan samarbeta för att få till stånd bästa möjliga insats. För att få en uppfattning om hur brukare och anställda ser på TRIS-projektet genomfördes två mindre enkätundersökningar, vars resultat redovisas i detta kapitel.

Brukarnas röst

Som framgår av metodkapitlet förmedlades genom handläggarna en pappersenkät till en del av de brukare som varit aktuella i TRIS. Sex ifyllda enkätblanketter sändes tillbaka till FoU Välfärd Värmland. De svarande är, med ett undantag, kvinnor, alla i medelåldern. De frågor som behandlades i TRIS gällde främst rehabilitering/arbetsträning samt ekonomiska frågor kring sjukpenning och försörjningsstöd, d v s centrala områden inom projektet. Samtliga myndigheter /organisationer – AF, FK, vårdcentralen, socialtjänsten, psykiatrin – deltog, AF i samtliga fall utom två. Deltagande organisationer är således ganska jämnt fördelade bland svaren.

När det gäller resultatet av kontakten med projektet, och hur det har använts, ger svaren en ganska negativ bild, de flesta svarande anser att ”det blev inget resultat”, i ett fall med tillägget ”än”. I ett fall anger dock den svarande sig ha fått både ny information och hjälp från andra myndigheter/organisationer. Den information som TRIS-kontakten gav har ändå använts menar flera svarande, inte minst för diskussion med handläggaren och i några fall för samordning av hjälp och stöd. En svarande menar att projektet har varit till stor nytta för henne, medan två anser att det varken varit till nytta eller skada. De övriga svarande anger att de inte vet. I en utförlig kommentar beskriver en svarande att hon hade stora förväntningar på att få hjälp via projektet, men att hon inte fick någon återkoppling från mötet och senare fick reda på att hennes behov istället hade tagits upp på ett annat möte, inte inom TRIS. I ytterligare en kommentar beskrivs att resultatet blev ofullständigt.

Resultaten från undersökningen bör givetvis tolkas med stor försiktighet. Det är ett litet antal svarande. Intrycket är att TRIS-projektet inte varit speciellt synligt ur brukarnas perspektiv.

Vad tycker handläggarna?

Utvärderingens andra enkätundersökning vände sig till anställda inom de medverkande myndigheterna/organisationerna. Personal som initierat ärenden till TRIS-teamet ombads besvara en webb-enkät. Av totalt tolv tillfrågade personer svarade sju, tre från AF, två från socialtjänsten och en vardera från FK och vårdcentralen. De allra flesta anser sig ha god eller mycket god kunskap om TRIS-projektet. I två fall hade de svarande aktualiserat ett ärende till TRIS, medan fem svarande hade aktualiserat fler ärenden, ingen svarande dock fler än tre. Information om möjligheten att ställa frågor genom TRIS har man i de flesta fall fått genom TRIS-ombudet på sin arbetsplats, från projektledaren eller genom arbetskamrater, och i en kommentar skriver en svarande att hen fått den information som behövdes för att gå vidare i ärendet. Nära nog alla har lämnat sin fråga personligen till TRIS-ombudet inom sin organisation, i något fall har frågan lämnats via postfacket. Genom att lämna över frågan i direkt kontakt får man också möjlighet att ställa frågor, kommenterar en svarande. De svarande är helt ense om att det är lätt att få kontakt med TRIS-representanten och – med ett undantag - att det krävs lite förarbete för att aktualisera ärenden till projektet.

I de flesta fallen fick handläggaren svar på sin fråga inom två veckor, medan det i några fall dröjde upp till en månad eller längre. En stor majoritet var nöjda eller mycket nöjda med det svar de fick från TRIS-ombudet på sin arbetsplats, men någon uttrycker också visst missnöje. Samtliga svarande har gett återkoppling till den person som frågan gällde, de flesta muntligt via telefon eller vid personligt besök, i något fall genom brev eller mail. Har då svaret från TRIS-ombudet påverkat den insats som gjorts för den person som frågan gällde? Ja, i samtliga ärenden har detta i viss – i några ärenden hög - grad varit fallet. Ingen svarande anger att svaret inte alls har påverkat den insats man kunnat göra. I vilka avseenden har då behandlingen inom TRIS-projektet och dess resultat påverkat situationen för brukaren i olika avseenden? Här visar svaren stor spridning mellan olika områden. Tre svarande anser att möjligheterna till arbete för brukaren påverkats i viss grad, lika många att detta inte alls varit fallet. Frågor om utbildning har i de flesta fall inte varit relevanta, något som också gäller behandling. När det gäller möjligheten till vård har kontakten med TRIS-projektet påverkat i fyra fall, i nästan lika många har frågor

om försörjning påverkats. De allra flesta svarande menar också att projektet har haft betydelse för möjligheterna till fortsatt samverkan.

Inom TRIS-projektet behandlas också frågor som gäller återkommande problem i samverkan mellan parterna, såsom avvikelser. Två svarande hade vid ett tillfälle aktualiserat en sådan fråga till TRIS-representanten vid sin arbetsplats, och anser också att det problem som det gällde delvis hade fått en tillfredsställande lösning.

De allra flesta svarande anser sig i hög eller viss grad ha haft nytta av TRIS i sitt arbete. Tre anser sig i hög grad ha ökat sina kunskaper om de parter som samverkar i projektet och deras möjligheter att hjälpa, medan en svarande anser detta i viss grad. Emellertid anser tre svarande att projektet inte ökat deras kunskaper i detta avseende.

I webbenkätens avslutning fanns möjligheten att ge kommentarer med egna ord. Här framkommer att projektet är tidsbesparande för både handläggare och brukare. Brukaren behöver inte vara med på fler möten än nödvändigt, eftersom informationen kan hanteras av flera samverkansparter.

Som sammanfattning av svaren på denna webbenkät kan sägas att kunskapen om projektet förefaller vara god hos de svarande och att det uppfattas vara lätt att få kontakt med och att aktualisera ärenden till TRIS-ombuden. Handläggningen i projektet är snabb och man är nöjd med de svar man har fått. I viss, men dock ganska begränsad, grad har svaren från TRIS påverkat arbetet med och för brukaren i olika avseenden, främst när det gäller vård eller möjligheterna till försörjning. Möjligheterna till fortsatt samverkan har också ökat genom projektet. I viss grad anser man sig ha haft nytta av TRIS. Som påpekas i metodavsnittet innebär den relativt låga svarsfrekvensen (58%) att alla resultat från denna undersökning måste tolkas med försiktighet.

TRIS-teamet – TRIS-projektets centrum

Som framgår av metodavsnittet har deltagarna i TRIS-teamet intervjuats tillsammans, vid två tillfällen. Frågorna har fokuserats kring deltagarnas uppfattning om teamets uppdrag, samt möjligheter och svårigheter i arbetet. Intervjuerna har haft formen av samtal, inom teamet och med utvärderarna, och resultatet, från båda intervjuerna, redovisas tematiskt. Temarubriken 'TRIS i siffror' hämtar inte material från intervjuerna med teamet, utan från statistik förd av projektledaren, för tiden från projektstart till 12 februari 2019.

Redovisningen tar upp följande teman:

- Tidig Rehabilitering I Samverkan – TRIS: Vad innebär de olika delarna i projektnamnet?
- Praktiken i TRIS
- TRIS i siffror
- Risk för rollsammanblandning?
- Rehabkoordinatorns roll
- Psykiatrin – efterfrågad men frånvarande
- Tankar om bred implementering

Tidig Rehabilitering I Samverkan – TRIS: Vad innebär de olika delarna i projektnamnet?

Att så *tidigt* som möjligt ta upp ärenden i TRIS-teamet ligger både i deltagarorganisationernas och den enskilde brukarens intresse. Därigenom utreds behoven snabbare, andra resurser kan kopplas in, brukaren behöver inte upprätthålla kontakten längre än nödvändigt. Att ärenden aktualiseras tidigt är dock i realiteten en sanning med modifikationer. I varje fall i projektets inledning fanns ett antal ärenden som pågått länge, och där handläggaren nu såg en ny möjlighet att komma vidare i arbetet. Efterhand har denna typ av ärenden minskat, naturligt nog. Kontakten kan också i många fall vara relativt färsk hos en av deltagarorganisationerna men ha pågått länge hos en annan. Som det nu är samsas både äldre och nyare ärenden inom projektet. Kanske ska *tidig* snarast betraktas som en vision, och att realiteten så långt är *tidigare än tidigare*.

Begreppet *rehabilitering* tolkas olika deltagarorganisationerna emellan. AF betonar rehabilitering som ett led på vägen mot arbete, arbetsinriktad rehabilitering. Inom vården talar man om medicinsk rehabilitering, som kan krävas innan den arbetsinriktade rehabiliteringen. Inom Socialtjänstens individ- och familjeomsorg

använder man inte så ofta ordet rehabilitering. I en mera generell mening, menar medlemmarna i TRIS-teamet, handlar rehabilitering om en förändring i riktning mot en bättre situation, kanske som ”ökat välbefinnande”. Inom projektet görs inga insatser för brukarna, således inte heller någon rehabilitering. TRIS är ett ’taget namn’, ett koncept som man förändrat och gjort till sitt eget. Det kanske inte skulle ha hetat så om man fått välja ett eget namn.

Samverkan är den centrala termen i TRIS, och kan ges olika innebörder. Teamet har inte utvecklat någon gemensam definition av samverkan i projektet. I en kontext där varje organisation har sitt fokus och sin expertis är samverkan ”det som kommer mittemellan”. TRIS är ett sätt att skapa ingångar i de andras organisationer. Många handläggare/motsvarande har goda personkontakter inom andra myndigheter/organisationer och kan ta spontana kontakter. TRIS är till för dem som inte har lika goda kontakter. Brukarna ska ha samma förutsättningar, det får inte hänga på den enskilde handläggarens kontaktnät. En förändring under projekttiden och som påverkar den konkreta samverkan är beslutet inom FK på nationell nivå, att diskussioner om enskilda försäkrade inte får ske med andra myndigheter eller organisationer, med mindre än att den enskilde själv är närvarande. Således inte heller om den enskilde – som ju alltid är fallet inom TRIS – har lämnat skriftligt samtycke. Sedan beslutet inom FK kom, under hösten 2018, har man utvecklat en form som medger fortsatt deltagande i projektet. Den innebär att representeranten från FK kan ge generell information till de övriga, men utan att delta i diskussioner kring enskilda försäkrade. Man ”hanterar frågan så gott det går”.

En annan aspekt av samverkan är det lärande som projektet innebär, dels i det ordinarie arbetet – genom skype-möten och fysiska möten – dels genom de särskilda utbildningsdagar som projektledaren arrangerat, någon gång varje halvår. Härigenom ökar man sin kunskap om varandras organisationer, lagstiftning, verktygsarsenal, möjligheter och begränsningar.

Praktiken i TRIS

Ett ärendes gång har beskrivits i det kapitel som presenterar projektet. Här fokuseras mera konkreta och specifika aspekter. Under projektets första verksamhetsår initierades ofta ärenden som varit aktuella länge hos någon part, inte sällan inom socialtjänsten. De frågor som

handläggaren vill få svar på, och som aktualiseras genom skype-mötet, är som regel konkreta och avgränsade – ”Vad har man gjort?”, ”Vilken behandling pågår.....?”, ”Hur kommer vi vidare med XX?”. Målet är att få igång kontakterna, att få ärendet att börja röra på sig. Representanterna i TRIS-teamet uppmuntrar handläggarna att ställa enkla och konkreta frågor, då fungerar arbets sättet bäst. Då ett ärende/fråga aktualiserats genom skype-mötet söker berörda teammedlemmar information inom sina respektive organisationer, och återför den vid det påföljande fysiska TRIS-mötet. Den handläggare som aktualiserat frågan får sedan svar av sin TRIS-representant, oftast både skriftligt och muntligt.

TRIS i siffror

Från projektets start till 12 februari 2019 har totalt 58 ärenden varit uppe till behandling i projektet. Samtliga dessa har också avslutats. Könsfördelningen är tämligen jämn, med något fler kvinnor (53%) än män. De personer som varit aktuella i projektet fördelar sig åldersmässigt på följande sätt:

Tabell 2: Åldersmässig fördelning för personer som varit aktuella i TRIS-projektet från starten 2017 till 2018-02-12. N=58.

Ålder	Antal
20-29 år	9
30-39 år	11
40-49 år	12
50-59 pr	17
60-69 år	5
Ej angiven	4

Tabellen visar att hälften av dem som varit aktuella i projektet är i åldrarna 40 – 59 år, men att en ganska stor andel också tillhör åldersgrupperna 20 – 39 år. I några fall (4) saknas uppgift om ålder. Det visar sig att brukarna i projektet ’rekryteras’ mycket ojämnt från de parter som deltar. Två tredjedelar (67%) har aktualiserats från socialtjänstens Individ- och familjeomsorg (IFO), därefter kommer AF med 12% och Vårdcentralen med 9%. I ett fall har IFO och vårdcentralen gemensamt aktualiserat en brukare. De övriga parterna – FK och psykiatrin¹¹ – har bidragit med en deltagare vardera. Biståndsbedömare inom socialtjänsten har aktualiserat två brukare,

¹¹ I projektledarens statistik redovisas psykiatrin som en part, trots att denna del av sjukvården i projektet så långt representeras av vårdcentralen. Se diskussioner om psykiatris ställning i projektet i andra delar av rapporten.

medan en aktualiserats från en anhängig. Den möjlighet som finns att själv aktualisera sig för projektet, genom Samspelets hemsida, har inte tagits i anspråk av någon.

Hur lång tid ett ärende varit öppet inom projektet varierar stort, från några dagar till åtskilliga månader. Det finns dock en tydlig trend att aktualiseringstiden minskar efterhand, vilket stämmer väl med uppfattningen bland TRIS-teamets deltagare. Anledningarna härtill kan vara flera. En anledning, som teamet pekat på, kan vara att många ärenden under den första tiden handlade om personer med komplex problematik och som varit aktuella under lång tid före projektet, varför det tog lång tid att finna rätt stödinsats. En annan förklaring kan vara att projektarbetet efterhand blivit mera välfungerande, och ärendena därför kunnat avslutas snabbare. I några fall har ärenden avslutats samma dag som de blivit aktualiserade, vilket kan tolkas som att frågor från remitterande handläggare kunnat besvaras redan vid det inledande skype-mötet.

Antal behandlade ärenden visar en minskande tendens över tid. Från projektstart och fram till halvårsskiftet 2017 var 22 ärenden aktuella, något som förklaras av det uppdämda behov som fanns vid projektstart. Andra halvåret 2017 aktualiserades 10 ärenden, första halvåret 2018 14 st, och andra halvåret 9. Innevarande år har, fram till 12 februari, endast 3 ärenden aktualiserats. Projektledare och teammedlemmar menar att hög arbetsbelastning och stor personalomsättning spelar in här. I årsrapportering från samordningsförbundet Samspelet 2019-01-25 uppmärksammas den minskande ärendefrekvensen och ett av de mål som formuleras för 2019 är att «öka inflödet av ärenden till TRIS-teamet.» Vi återkommer senare i rapporten till frågan om det – som det verkar – minskande antalet aktualiserade ärenden över tid, dess orsaker och vad det kan betyda för projektet.

Risk för rollsammanblandning?

I det fall en TRIS-representant tar upp ett eget ärende i TRIS förenas rollerna som handläggare och teammedlem, men som regel är detta inte fallet. Det vanliga är att handläggaren kommer med sitt ärende till TRIS-teammedlemmen inom sin organisation. Finns det då en risk att det uppstår oklarheter eller ett konkurrensförhållande mellan handläggare och teammedlem? Medlemmarna i teamet är medvetna om denna risk och betonar vikten av att de "lägger tillbaka" ärendet

till handläggaren. Det kan å andra sidan finnas de handläggare som inte har något emot att teammedlemmen tar över mer av arbetet i ärendet. TRIS-teamet betonar i intervjuerna att man inte diskuterar eller planerar det fortsatta arbete som skall ske tillsammans med brukaren. Man gör inga behandlingsupplägg. I projektets början hände det att man blandade ihop rollen som handläggare med rollen som TRIS-representant. Så kunde t ex ske när frågan om att upprätta en Samordnad Individuell Plan (SAMSIP) kom upp. TRIS-teamet kan i något fall rekommendera att en SAMSIP upprättas, men det konkreta arbetet med en sådan görs numera alltid av handläggaren, brukaren och representanter från andra berörda parter.

Rehabkoordinatorns roll

Sjukvården – genom Vårdcentralen i Hammarö – är en del av TRIS-projektet, och representeras genom den rehabkoordinator som har en del av sitt arbete på Vårdcentralen. Sjukvården skiljer sig från de övriga parterna i TRIS genom att inte ha en specifik person – handläggare – knuten till varje brukare (i viss mån är dock detta fallet, genom det s k husläkarsystemet, möjligheten att ”lista sig” hos en specifik läkare). I TRIS-projektet har man löst detta genom att rehabkoordinatorn också tar på sig uppgiften som TRIS-representant, trots att hens primära arbetsuppgift är att stödja personer som står nära arbetsmarknaden (vilket de personer som aktualiseras i TRIS mestadels inte gör). Rehabkoordinatorerna i länet tillhör en fristående organisation inom Region Värmland, och är således inte knutna till sina arbetsplatser på samma sätt som andra. På flera sätt skiljer sig därför sjukvårdens representant från övriga parter, och frågan diskuteras återkommande inom TRIS-projektet. Den lösning man valt, med rehabkoordinatorn som informationsbärare, fungerar emellertid bra i det praktiska arbetet.

Psykiatrin – efterfrågad men frånvarande

Att personer som aktualiseras i TRIS-arbetet bär på psykiska problem, i tillägg till exempelvis ekonomiska eller arbetsmarknadsmässiga, är inte ovanligt. Att psykiatrin, i första hand öppenvårdspsykiatrin (ÖVP), skulle delta i TRIS har därför varit efterfrågat redan från projektets början. Då skulle de resurser som ÖVP representerar kunna aktualiseras lika snabbt som övriga parter, och brukaren få tillgång till psykiatrisk hjälp. Diskussionerna har förts, och förs, dock utan att man kunnat enas om någon lösning. En sådan skulle kunna vara att

ÖVP fick en egen rehabiliteringskoordinator, som kunde arbeta med TRIS' målgrupp.

Tankar om bred implementering

Ska TRIS-arbetet spridas till andra delar av länet är det mycket man måste ta hänsyn till. Frågan om rehabkoordinatorernas roll är en aspekt, öppenvårdspsykiatrins medverkan en annan. På kommunsidan är det rimligt att tänka sig att det i större kommuner behövs flera TRIS-organisationer som arbetar parallellt. Många gånger är det lättare att finna vägar in till de deltagande organisationerna i mindre kommuner. TRIS implementeras nu också i Grums kommun, och man kan, trots en del skillnader, notera att likheterna med Hammarö överväger.

Avvikelsehantering – både i och utanför TRIS

Avvikelse kan, i det här sammanhanget, definieras som återkommande problem i kontakter och samverkan mellan de parter som deltar i TRIS. Ofta ligger orsaken hos brister i rutiner, vilket innebär att samma eller likartade problem uppstår gång på gång, så som systemfel. I vissa fall, men mera sällan, kan bristerna också härledas till enskilda handläggare/vårdpersonal. I rapporteringen från TRIS-projektet förekommer båda typerna av avvikelser.

Att identifiera avvikelser och föra arbetet med dem vidare till styrgruppen är en uppgift för TRIS-teamet, vid sidan av dess primära arbetsuppgift. Vid ett par tillfällen har man påtalat delar i verksamheten som inte fungerar, uppger TRIS-teamet vid intervju i januari 2019. Projektledaren för, efter att ha berett frågan, ärendet vidare till styrgruppen, med förslag till beslut om lösning. Det har varit lite trögt att få igång denna del av verksamheten menar teamet. Men man poängterar att den typ av återkommande problem, irritationer eller 'skav' som avvikelserna representerar så snart som möjligt bör lyftas till chefsnivån, som har beslutsmandat. I detta avseende kan FK bidra fullt ut, trots det begränsande mandatet när det gäller diskussioner om enskilda som numera gäller för FK:s representant i teamet. TRIS-teamet fungerar således, när det gäller arbetet med avvikelser, som en förbindelselänk mellan verksamheterna och styrgruppen.

Av årsrapportering av TRIS-projektet från samordningsförbundet (2019-01-25) framgår att 4 avvikelser diskuterats i styrgruppen under 2017, samt 5 under 2018. I de allra flesta fall – 8 av 9 – är det socialtjänstens individ- och familjeomsorg som har aktualiserat avvikelsen, och frågan riktas i många fall – 6 av 8 – till Landstinget/Region Värmland. I ett fall har socialtjänsten aktualiserat en avvikelse i relation till AF, medan AF väckt frågan om avvikelse i relation till Landstinget/Region Värmland i ett fall. Konkret har avvikelsefrågorna bl a handlat om brister i rutiner när det gäller hänvisning av brukare inom någon av samarbetsparterna, t ex hänvisning från Vårdcentralen till öppenvårdspsykiatri. Brister i kunskap om samverkansparternas uppdrag, organisering och mandat kan också vara en orsak, liksom, i något fall, personrelaterade faktorer. I de allra flesta fall har styrgruppens behandling av ärendet resulterat i att representanten från den samverkanspart som genererat avvikelsen tar med sig frågan 'hem', för åtgärd inom den

egna organisationen. Vid nästkommande möte redovisas vilka förändringar som vidtagits.

Sammanfattningsvis kan sägas att avvikelser kan aktualiseras i direkt relation till ett eller flera ärenden som behandlas av TRIS-teamet, men det kan också ske fristående från individärenden. Det är naturligt att avvikelser uppmärksammas i det dagliga arbetet hos handläggare /vårdpersonal och att flertalet avvikelseärenden kommer därifrån, för att slussas vidare genom TRIS-teamet och samordnaren, till styrgruppen. Denna har dock också möjlighet att på eget initiativ aktualisera avvikelseärenden. Då ett avvikelseärende lämnats till styrgruppen upphör i normalfallet TRIS-teamets befattning med frågan.

TRIS-projektets styrning och ledning

Styrgruppens arbete har under de drygt två år som projektet pågått berört olika frågor i relation till projektet, framför allt ur två aspekter – dels sådana som har med projektets innehåll och verksamhet att göra, dels frågor som är relaterade till någon eller flera av de parter som tillsammans bär upp projektet. Materialet från styrgruppen redovisas här som olika teman, vilka återkommande diskuterats vid styrgruppens möten. Redovisningen följer också en tidslinje, och speglar på så sätt projektets förändring och utveckling över tid. De teman som redovisas är:

- Projektets arbetsmodell och dess förändring mot renodling och precisering
- Ärendetillströmning – en grundbult för projektet
- Avvikelsehantering – projektets strukturella del
- Psykiatrins medverkan – ett återkommande tema
- Rehabkoordinatorns roll
- Ett projekt blir två – Hammarö och Grums
- Implementering av arbetsmodellen i hela länet
- Försäkringskassans medverkan och förändrade roll
- Intresse att få projektet utvärderat

Projektets arbetsmodell och dess förändring mot renodling och precisering

I starten på projektet, i mars 2017, gjordes en processkartläggning över den tänkta arbetsmodellen. Utgångspunkten var det Medicinska bedömningsteamets (MBT) verksamhet. Möten med MBT ska fortsätta som tidigare, med Rehabiliteringskoordinatör som ledare, för att behandla ärenden som rör personer med sjukpenninggrundande inkomst (SGI). För dem som saknar SGI eller som står långt från arbetsmarknaden tillkommer nu TRIS-projektet. Arbetsmodellen i projektet omfattar inledande skype-möten, då ärenden aviseras och samtycke från den berörda personen visas upp. TRIS-samordnaren (senare: projektledaren) ska därefter ordna möten med berörda brukare och parter i TRIS-samarbetet, då samordnade planer (SAMSIP) ska upprättas. Inledningsvis har man en del tekniska problem med skype-mötena, som dock löses efterhand. I styrgruppens septembermöte tydliggörs att TRIS-teamet ska utgöra parternas SAMSIP-ombud. I slutet av året påbörjas en diskussion om arbetsmodellen i TRIS och man konstaterar att en omstart behöver ske, strukturen behöver bli tydligare. Med ny TRIS-

samordnare/projektledare diskuteras och reformeras arbetsmodellen vid styrgruppsmöten under första halvåret 2018 och en renodling sker. TRIS-teamet ska inte ta över handläggarnas/vårdpersonalens ansvar, utan fungera som konsulter. Samordnaren ska inte längre ha kontakt med de personer som behandlas i TRIS, möjligen kan hon intervjuva missnöjda brukare i speciella fall. En ny processkarta upprättas. Relationen mellan MBT och TRIS tydliggörs – styrgruppen beslutar att MBT-möten ska förlängas med 30 minuter och att denna halvtimme ska vara TRIS-möten. Därmed har arbetsmodellen i stort sett fått den utformning den har idag: Fokus ligger på informationsinhämtning och -utbyte mellan parterna. MBT och TRIS är tydligt åtskilda. Berörda personer deltar inte i någon del av TRIS-arbetet, och i de fall en samordnad individuell plan upprättas sker detta helt åtskilt från – om än aktualiserat genom - TRIS.

Ärendetillströmning – en grundbult för projektet

En grundläggande förutsättning för TRIS-arbetets berättigande är givetvis att det finns ett reellt behov hos parterna av att aktualisera ärenden för samarbetet. Tillströmningen av ärenden visar sig också under projektets första tid vara god, något som delvis kan förklaras av att det fanns ett uppdämt behov. När så TRIS-projektet startar ser handläggare/vårdpersonal möjligheten att komma vidare i ärenden som man tidigare kört fast med. De allra flesta ärendena kommer från Socialtjänstens Individ- och familjeomsorg. Inför sommaren 2017 har 14 ärenden behandlats, under hösten (oktober) 12 st, dock inga nya efter sommaren. I december konstaterar styrgruppen att några nya ärenden tillkommit, men att projektet behöver göra en omstart. Under 2018 återkommer frågan om ärendetillströmning regelmässigt, ibland rapporteras ökande, ibland minskande tillflöde. En återkommande problematik har med sommar- och jul/nyårsuppehållen att göra – då minskar eller upphör tillflödet av nya ärenden. Att öka ärendetillströmningen blir under 2019 en uttalad målsättning för TRIS. Det ska bli att ske genom intensifierad information riktad till deltagande parter.

Avvikelsehantering – projektets strukturella del

Redan från början var en av TRIS-projektets uppgifter, som styrgruppen diskuterar och behandlar redan den första projektperioden (våren 2017), ett antal avvikelser. Ofta handlar det om svårigheter i kontakten med sjukvården, relaterade till

systembrister, eller i något fall till enskilda vårdpersonal. Styrgruppen diskuterar varje enskild avvikelse och ger representanter för berörda parter i uppdrag att ta med detta till sin hemmaplan för närmare undersökning och lösning. Vid nästföljande styrgruppsmöte lämnas en redogörelse för vad som skett.

Psykiatrins medverkan – ett tema som återkommer

Sjukvården representeras konkret i TRIS-projektet av Vårdcentralen i Hammarö, d v s primärvården. Det är dock vanligt att de personer som aktualiseras i projektet (också) har psykiska svårigheter. Psykiatrin, främst öppenvårdspsykiatrin, är en annan gren av vården som därför ofta aktualiseras i diskussionen kring styrning och ledning av TRIS. Under hösten 2017 blir denna fråga synlig i styrgruppens diskussion. Vid något tillfälle finns också en representant för psykiatrin med i styrgruppens möten och behovet av en fast representant i teamet betonas. Så har dock inte blivit fallet, styrgruppen diskuterar våren 2018 huruvida rehabiliteringskoordinatorn kan fylla denna funktion – och diskussionen återkommer på hösten samma år. Temat återkommer under innevarande år, med önskan om bättre koppling mellan TRIS och psykiatrin. Trots att detta tema återkommande följt projektet nära nog från start, och förorsakat problem såväl i personrelaterade som systemrelaterade avseenden har någon tillfredsställande lösning så här långt inte kunnat nås.

Rehabkoordinatorernas roll

Länets rehabkoordinatorer arbetar med utgångspunkt från vårdcentraler, men tillhör en egen organisation, finansierad av statliga medel. Inom TRIS-samarbeten på andra håll i landet har rehabkoordinatorerna, som framgått i rapporten tidigare, oftast en ledande funktion, motsvarande den roll som projektledaren spelar i det här aktuella projektet. I Hammaröfallet utgör rehabkoordinatorn sjukvårdens representant i teamet, som kanaliserar frågor från och information till vårdpersonal vid Vårdcentralen. Det är samtidigt så att rehabkoordinatorernas grunduppdrag är att arbeta med personer som har sjukpenninggrundande inkomst (SGI), d v s en personkrets som i huvudsak inte aktualiseras inom TRIS. I styrgruppen diskuteras rehabkoordinatorernas roll vid flera tillfällen, med början på våren 2018. Under hösten återkommer diskussionen och styrgruppen konstaterar att rehabkoordinatorerna 'ute i landet' till 80 - 85% arbetar med personer som saknar SGI. Ytterligare en del i diskussionen handlar om huruvida rehabkoordinatorn skulle kunna utgöra länk till

psykiatrin, framför allt öppenvårdspsykiatrin. Tematiken har således återkommande diskuterats inom styrgruppen, och förefaller i nuläget inte ha fått en tillfredsställande lösning. Den ger ett intryck av att botten såväl i konkreta organisatoriska förhållanden och lösningar som i frågan om sjukvårdens ställning inom projektet som helhet. På det praktiska och vardagliga planet fungerar arbetet enligt samstämmiga uppgifter väl.

Ett projekt bli två – Hammarö och Grums

TRIS-projektet startar som ett till Hammarö avgränsat projekt. Under våren 2018 avspeglar styrgruppens protokoll att en utvidgning till att också omfatta Grums kommun bör ske. Detta formuleras som en sammanslagning av projekten i Hammarö och Grums. Det innebär också att styrgruppen utvidgas med representanter från Grums kommun och att dess mandat omfattar det utvidgade projektet. Om grunderna till förändringen ger materialet inte så mycket information, men att det finns utrymme inom projektledarens arbetstid för att också inkludera Grums framgår.

Implementering av arbetsmodellen i hela länet

I slutet av 2017 väcks frågan om det möjliga och lämpliga i att implementera TRIS i hela, eller större delar av länet, som ett önskemål från Landstinget. Beslutet under våren 2018 att också starta TRIS i Grums kommun kan ses som ett första steg mot en bredare implementering. Ett deluppdrag till denna utvärdering är också att uppmärksamma problem och möjligheter i samband med en möjlig utvidgning av projektet.

Försäkringskassans medverkan och förändrade roll

Försäkringskassan är inom TRIS-projektet på Hammarö liksom i övriga liknande projekt i landet en av de parter som var med från början, som en självskrivna och fundamental del i samverkan. Det kommer därför som en oväntad komplikation när FK, i september 2018 meddelar att man inte längre kan delta i TRIS. Skälet är "en skärpning av lagstiftningen" som innebär att den person som frågan gäller själv måste delta, vid diskussioner om enskilda. Beskedet skapar oro inom projektet, och föranleder kontakter mellan parterna för att finna former för FK:s fortsatta medverkan, med beaktande av de restriktioner som de nya riktlinjerna innebär. Vid styrgruppsmöten i november 2018 och januari 2019 diskuteras en ny modell för FK:s

medverkan, som innebär att dess representant deltar i TRIS, men endast i de delar som gäller generella frågor, t ex informationsutbyte, policyfrågor, etc. Vidare att FK deltar i teamträffar för utbildning och kompetensutveckling. Två personer utses som FK:s representanter i TRIS-teamet. Styrgruppen konstaterar att det råder förvirring kring avtalet om FK:s medverkan och ställer sig frågan om hur FK kan medverka i det medicinska bedömningsteamet framöver.

Intresse att få projektet utvärderat

Redan mycket tidigt i projektet, i mars 2017, diskuteras i styrgruppen behovet av någon form av kvalitetssäkring eller utvärdering av projektet och arbetsmodellen. Diskussionen återkommer vid nära nog varje möte därefter, i slutet av året preciseras som ett önskemål att utvärderingen ska ge svar på vilka följderna skulle blivit om inte projektet funnits. Det följande styrgruppsmötet lyfter fram att utvärderingen bör handla om samverkan och avvikelshantering, eftersom konsekvenser för enskilda brukare kan vara svåra att hänföra till TRIS-arbetet. Vidare preciseras som ett önskemål att utvärderingen också ska fylla en lärande funktion.

Diskussion och värdering

I detta kapitel diskuterar och värderar vi TRIS Hammarö utifrån studiens resultat ur olika perspektiv. Men vi börjar med några reflektioner om utvärderingens metoder. Därefter påminner vi om TRIS-projektets målgrupp, målsättning och arbetssätt enligt ansökan och projektplan, centrala utgångspunkter inför en diskussion om viktiga förändringar under projekttiden. Vi diskuterar sedan kring projektets resurser och arbetssätt i förhållande till den programteori som utvecklats. I därpå följande avsnitt tar vi upp några gränssnitt som framstår som viktiga och måhända problematiska. Därefter tar vi upp några företeelser – observanda – som bör uppmärksammas och åtgärdas inför eventuell bredare implementering. Ett genuint och av samtliga parter delat engagemang och fast förankring i respektive organisation framstår som centralt för TRIS' framtid. Vi gör sedan en värdering av projektet – ”så här långt” och kopplar till de frågeställningar som vi arbetat med i utvärderingen. Rapporten avslutas med några kortfattade rekommendationer inför framtiden.

Metoddiskussion/-reflektioner

Denna utvärdering handlar om att värdera ett pågående projekt och att bedöma resultat och utveckling ”så här långt”. Projektet har pågått i drygt två år och kommer att pågå ytterligare knappt två år. Någon slutlig måluppfyllelseanalys går således inte att göra. Vi har istället sökt att skaffa bred information från olika intressenter och aktörer med hjälp av olika metoder; intervjuer, enkäter och studier av dokument, för att kunna göra en bedömning av projektets arbete fram till idag. På så sätt har vi fått ett mångsidigt material att analysera och dra slutsatser utifrån. Det finns trots detta svagheter i metodmässigt avseende och vi vill här kommentera några sådana.

Intervjuer har skett såväl med enskilda personer som med grupper. Gruppintervjuer/ fokusgruppintervjuer har fördelar vad gäller resursåtgång och intervjusituationen kan gynna att intervjumaterialet blir nyanserat och mångsidigt. Samtidigt finns risk för att grupprocesser gör att konsensus överbetonas och att eventuella skillnader i uppfattning inte framkommer, eller tonas ner. Det hade av det sistnämnda skälet troligtvis varit en fördel att ha kompletterat intervjuerna med TRIS-teamets medlemmar med individuella intervjuer.

Två mindre omfattande enkätundersökningar har genomförts; dels med brukare som varit föremål för teamets arbete, och dels med handläggare/vårdpersonal som aktualiserat frågor till teamet och fått dessa behandlade i den samverkan som är projektets syfte. TRIS-projektets uppläggning kan, åtminstone i snäv bemärkelse, karaktäriseras som att arbeta *för* aktuella brukare snarare än att arbeta *tillsammans* med dessa. Brukarperspektivet, i bemärkelsen brukarmedverkan, är sålunda inte framträdande. Det är därför inte att förvåna att svarsfrekvensen blev tämligen låg. Representativiteten kan på goda grunder ifrågasättas.

Även vad gäller enkäten till handläggare/vårdpersonal är svarsfrekvensen tämligen låg. Enkäten distribuerades till 12 personer varav sju svarade, svarsfrekvens 58 procent. Vår förmodan inför denna enkät var att så gott som samtliga tillfrågade skulle svara. Så här i efterhand reflekterar vi över om kanske svarsfrekvens och även innehåll i svaren vunnit på datainsamling via individuella (telefon)intervjuer med denna ganska lilla grupp.

De dokument som ställts till vårt förfogande har främst varit mötesprotokoll och minnesanteckningar. Den typen av dokumentation har sina begränsningar; trots utförlighet är den genom sin struktur tillrättalagd och – inte minst – sammanställd för andra ändamål än att ge underlag för extern utvärdering. Vi vill betona att projektledningen under utvärderingen har varit mycket tillmötesgående och beredvilligt tillställt oss de dokument vi efterfrågat. Med de reservationer vi här redovisat menar vi att underlaget för utvärderingen ändå varit tillräckligt till omfattning och mångsidighet.

Målgrupp, målsättning och arbetssätt enligt ansökan

Tidigare i rapporten har vi beskrivit TRIS-projektet vad gäller bland annat målgrupp, målsättning, preliminära arbetssätt och organisering. *Målgruppen* är "...personer i arbetsför ålder som har eller riskerar en medicinsk nedsättning av arbetsförmågan och är i behov av samordnade insatser för att komma... åter i arbete". Målgrupp är också parterna själva vad gäller kvalitetssäkring av samverkan. *Målsättningen* är att ta fram en struktur för rehabiliteringssamverkan och en struktur för kvalitetssäkring av samverkan. Projektet avser alltså, enligt den ursprungliga planen, att arbeta på såväl individ- som organisationsnivån. För detta skisseras

en *organisation* med TRIS-team bestående av handläggare/vårdpersonal från parterna, en samordnare/projekt-ledare samt en partsammansatt styrgrupp med beslutsmandat vad gäller frågor om arbetsrutiner. Teamets uppgifter gäller främst individnivån, men man kan också aktualisera frågor om brister i samverkan utifrån enskilda ärenden. Projektledarens uppgifter gäller både att leda arbetet i teamet och att bereda avvikelseärenden inför styrgruppen. Denna organisering gäller fortfarande, även om en del uppgifter förändrats och några tagits bort. Det har också förts en diskussion om att ytterligare kompetens skulle behövas i teamet. Vi återkommer i senare avsnitt till detta.

Projektets förändring och renodling

Att projekt förändras under sin livstid är inte ovanligt. Nyttillkomna eller vid projektstart okända faktorer kräver anpassning och justering. Möjligheter att förbättra funktion och arbetssätt efterhand tas tillvara. Att möjliggöra förändringar är också en av de stora fördelarna med att bedriva utvecklingsarbeten i projektform. I TRIS-projektet har underhand stora förändringar skett. Redan innan projektstart förändrades arbetsmodellen i ett viktigt avseende, genom att man valde att förlägga 'ägarskapet' inom socialtjänsten och inte hos sjukvården, som varit fallet i andra län som utvecklat TRIS. Än viktigare framstår dock den förändring som gjordes för ca ett år sedan, då arbetsmodellen renodlades i viktiga avseenden. I Styrgruppens protokoll talar man om behovet av 'omstart' för projektet. Tidigare hade projektledaren i en del ärenden personlig kontakt med brukare, och ansvarade för att SAMSIP upprättades, något som alltså skedde inom TRIS-teamet, tillsammans med brukaren. I en mening tog således teamet och samordnaren temporärt över handläggarens /vårdpersonalens ansvar för arbetet. TRIS-projektet planerade för kommande interventioner, och utförde således arbetsuppgifter som låg närmare förändring och i vissa fall behandling. I och med 'omstarten' under våren 2018 renodlades projektets innehåll till att enbart omfatta informationsutbyte. Projektledaren har nu ingen personlig kontakt med brukarna, det har inte heller TRIS-teamets medlemmar (utom i de fall där de själva är handläggare/vårdpersonal för den person som är aktuell). SAMSIP ligger helt utanför projektet, även om teamet kan rekommendera att en samordnad individuell plan upprättas. I HSO-termer kan detta uttryckas som att man har renodlat den utredande (processing) delen av arbetet, medan de delar som tidigare inbegrep, eller i varje fall tangerande, stödande

(sustaining) eller förändrande, behandlande (changing) aspekter har utmönstrats. Något som i sin tur får viktiga konsekvenser för innebörden i två av projektets ledord – rehabilitering och samverkan. Att ta tillvara möjligheter till och former för rehabilitering, som tidigare diskuterades inom TRIS-teamet, blir numera (som före projektet) i huvudsak en uppgift för den ordinarie handläggaren/vårdpersonalen. I samverkanstermer innebär förändringen att inslaget av koordinering har förstärkts. Projektets arbetssätt kan nu placeras i gränslandet mellan koordinering och kollaboration, medan tidigare inslag av integration, eller i varje fall ett integrativt tänkande, har satts i bakgrunden. Arbetsuppgifterna har renodlats och projektorganisationen har slimmats. TRIS-projektet fullgör enligt vår bedömning på ett utmärkt sätt sin uppgift, även om denna således har minskat i omfång och räckvidd. Det kan däremot sättas ifråga om projektnamnet bör bibehållas. Det står för en innebörd som endast delvis motsvaras av dagens verksamhet i projektet.

Projektets programteori

Programteori handlar om att skaffa sig en bild av hur man tänker i till exempel ett projekt för att med tillgängliga resurser (som personal, ekonomi, kompetens, uppdragsbeskrivning), och med hjälp av olika aktiviteter, nå de mål man önskar uppnå – den «skillnad» man avser göra. Syftet med att klargöra programteorin kan vara att förtydliga bilden av projektet för medarbetare och ledning och/eller att få underlag för specifika utvärderingsfrågor.

Den programteori som under hösten 2018 växte fram och allt mer detaljerades i olika steg ger en god bild av projektets ambitioner (se bilaga 1). Men det kan givetvis ifrågasättas om de långsiktiga mål man önskar nå, speciellt för brukare, är realistiska om man tänker sig att TRIS-projektet isolerat ska ge dessa långtgående effekter – ytterst »Ökad hälsa» och «Ökat välbefinnande». Vi menar att TRIS Hammarö främst är ett internt projekt mellan de fyra parterna för att finna former för resurseffektivare, smartare, arbetssätt i fall där behov av samverkan mellan parterna föreligger. Och att uppnå detta torde vara en fullt tillräcklig ambition.

Några gränssnitt

TRIS-projektet utgår som idé och praktik från interaktion, inom och mellan de deltagande organisationerna och deras anställda. Några av dessa former för interaktion beskriver gränssnitt som fått en särskild

betydelse. Också i några andra avseenden kan man tala om några gränssnitt som speciellt typiska för projektet.

Handläggare/vårdpersonal – TRIS-ombud

Rollfördelningen mellan handläggare/vårdpersonal och TRIS-ombud är ständigt aktuell i projektet. Det finns flera exempel på obalanser och risker i det här sammanhanget. I ett skede fanns tendenser till att projektteamet temporärt tog över handläggarens ansvar – något som å andra sidan kan ha välkomnats av en del handläggare/vårdpersonal. I den andra riktningen talar de tendenser till alltför få ärenden för projektet att behandla, som återkommande har diskuterats inom styrgruppen och som varit speciellt tydliga sommartid och runt jul/nyår. Om hård arbetsbelastning under dessa perioder innebär att man avstår från att lämna ärenden till projektet kan ju detta tolkas som att man ser projektet som ett merarbete snarare än som en avlastning. Här är det vår bedömning att relationen mellan ordinarie handläggare/vårdpersonal och TRIS-representanter kontinuerligt bör uppmärksammas. Återkommande och bred information i deltagande organisationer kan vara ett sätt minska risken för obalans, gärna genom samlingar för information och diskussion, anordnade och genomförda av projektledaren. På detta sätt blir också projektledaren personligen synlig och projektet en realitet i de deltagande organisationerna.

TRIS och rehabkoordinator

I andra län där TRIS-konceptet använts har rehabkoordinatorerna haft en framträdande roll, enligt det material vi fått tillgång till under utvärderingsarbetet. De har ansvarat för samordning/projektledning, och sjukvården har varit projektägare. För TRIS-projektet på Hammarö valdes en annan lösning, med en fristående samordnare och med socialtjänsten som projektägare. Frågan om rehabkoordinatorns relation till projektet framstår fortsatt som delvis oklar. Som rehabkoordinator i projektet ser det är TRIS en extra arbetsuppift och om projektet ska implementeras brett i länet krävs tillskott av resurser. Vår bedömning är att rehabkoordinatorns roll i TRIS-arbetet bör uppmärksammas, dels i relation till projektet som det nu bedrivs, dels inför en eventuell bred implementering i länet. Kvarstående oklarheter bör klaras ut i en diskussion där också samordningsförbundets ledning – och givetvis styrgruppen - deltar.

Psykiatri och dess medverkan i TRIS

Det empiriska material som utvärderingen vilar på visar att många personer som varit aktuella inom projektet bär på psykiska problem,

ofta i kombination med andra svårigheter. För dessa brukare skulle insatser från psykiatrin, främst öppenvårdspsykiatrin (ÖVP), kunna underlätta tillvaron och sannolikt har många av dem också behandlingskontakter där. I TRIS-projektet finns dock psykiatrin inte representerad som enskild part. Vid något tillfälle har en representant från psykiatrin deltagit i styrgruppens möte. I det dagliga arbetet förväntas rehabkoordinatören kanalisera ärenden också från psykiatrin in till projektet, en ordning som förefaller tungrodd, då rehabkoordinatören har sin bas i vårdcentralen och ÖVP tillhör en annan del av Region Värmland. Det gränssnitt som psykiatrin i relation till TRIS-projektet utgör fungerar således inte optimalt i nuläget. Psykiatrin är efterfrågad men frånvarande. Vår bedömning är att ledningarna för ÖVP och samordningsförbundet Samspelet bör diskutera fram förslag till en tillfredsställande lösning att presentera för styrgruppen. Den modell man kommer fram till bör vara sådan att den kan tillämpas också inom andra delar av länet.

TRIS och Samordnad Individuell Plan

Ett gränssnitt som inte är person- eller partsrelaterat rör relationen mellan projektet och Samspelets Samordnade Individuella Plan (SAMSIP). TRIS-projektet var inledningsvis nära kopplat till SAMSIP – projektledaren höll i kontakter med brukaren och planerna upprättades av TRIS-teamet och projektledaren tillsammans med denne, som en del av TRIS-projektets verksamhet. I samband med att projektet förändrades, första halvåret 2018, ändrades denna ordning i grunden. Arbetet med SamSIP är nu helt åtskilt från projektet. Den ordinarie handläggaren/vårdpersonalen tar initiativ till och ansvarar för att planerna upprättas, i de fall detta sker. TRIS-teamet kan dock i enskilda fall diskutera behovet av att en SAMSIP upprättas och rekommendera den ansvarige handläggaren/vårdpersonalen att så sker. Vi menar att den ordning och arbetsfördelning som nu gäller är rimlig och tydlig. Den ligger också helt i linje med projektets renodling mot informationsutbyte och snabb handläggning.

Några observanda

För den framtida utvecklingen av TRIS-arbetet, samt dess eventuealla utvidgning till hela eller delar av Värmlands län, vill vi peka på några faktorer som särskilt viktiga att beakta. Det gäller först den *långa etableringstiden* för arbetets organisering. I praktiken förflöt ett helt år innan man fann de arbetsformer som nu gäller, och som innebär renodling av arbetsuppgifter och projektorganisation. Arbetet flyter

nu på bra och parterna har, med något undantag som vi påpekat ovan, funnit sina platser. Inför en bredare implementering är det dock vår bedömning att *hälso- och sjukvårdens roll* bör diskuteras. I andra län/regioner är den projektägare, och i den mån samma förväntning finns från Region Värmlands sida så bör detta klaras ut i öppen dialog mellan parterna. Vår bedömning är att den nuvarande ordningen med socialtjänsten som projektägare fungerar väl, och är rimlig, inte minst med tanke på att de flesta ärenden som behandlats – i varje fall så här långt – har aktualiserats från socialtjänsten. Ytterligare en komplicerande faktor är förändringarna i *Försäkringskassans regelverk*, som för FK:s representant omöjliggör personrelaterade diskussioner i TRIS-teamet, trots att den person det gäller lämnat skriftligt samtycke. Man har sedan några månader funnit en arbetsmodell som i viss utsträckning fungerar trots denna begränsning, men frågan bör fortfarande hållas aktuell. De förändringar i *Arbetsförmedlingens organisering* och verksamhet som följer av årets statsbudget utgör ytterligare en faktor att hantera. Deras konsekvenser är ännu inte kända, men kan förväntas påverka projektet.

Ett annat observandum gäller *inflödet av nya ärenden* till projektet. Här visar såväl den statistik som projektledaren för, liksom diskussioner i styrgruppen, att tendensen är i riktning mot att allt färre nya ärenden tillkommer. Speciellt i samband med sommaresemester och jul/nyår råder ärendetorka. En anledning skulle naturligtvis kunna vara att behovet av att aktualisera ärenden inte är så stort längre, eller att kontakter mellan parterna sker utanför projektet, i kraft av goda personkontakter hos enskilda handläggare/vårdpersonal. Det finns dock faktorer som talar i annan riktning – att behovet av samverkan snarare ökar i det alltmer komplicerade maskineri av myndigheter och organisationer som välfärdssamhället utgör. TRIS-projektet kan dessutom sägas markera en ambitionshöjning vad gäller snabba och relevanta insatser. Det ligger därför närmare till hands att tolka det låga antalet ärenden som en följd av pressade arbetssituationer för handläggare/vårdpersonal, samt hög personalomsättning. Åter-kommande information om projektet i samtliga deltagande organisa-tioner framstår som det främsta instrumentet för att öka ärendemängden. Här spelar projektledarens insatser en avgörande roll. Det är därför en riktig bedömning som nu görs i projektet, att öka och intensifiera

informationen om projektet, inom samtliga deltagande parter verksamheter.

På samma sätt som gäller för ärenden visar också antalet *avvikelser* som diskuteras i styrgruppen en tendens att minska över tid. Det kan givetvis bero på att de förhållanden som skapat irritation och fördröjning nu har undanröjts och att inte så många potentiella störningar kvarstår. Antalet återkommande systemfel kan givetvis fluktuera över tid, men det är sannolikt så att nya tillkommer som ett resultat av förändringar inom de deltagande organisationerna. Liksom gäller för tillflödet av individärenden bör också uppmärksamheten på avvikelser fokuseras i projektet, främst inom styrgruppen. Förmågan att identifiera och renodla avvikelser kan sannolikt skärpas. Vi bedömer det också som viktigt att dokumentationen kring utfallet av behandlade avvikelseärenden görs mera utförlig. I dagsläget sker återkoppling till styrgruppen vid dess möte närmast efter att en avvikelse behandlats. En mera utförlig, sammanhängande och långsiktig dokumentation över utfallet skulle kunna användas för att stärka argumenten för arbetet med avvikelseärenden.

TRIS' förankring hos parterna

TRIS-teamets medlemmar och projektledaren samt givetvis styrgruppen har ansvar för att sprida information om och kunskap från projektet för att förankra det som en resurs i vardagsarbetet. Återkommande insatser görs för detta, framförallt av projektledaren. Uppgiften kompliceras, enligt vad som framkommit vid intervjuer med TRIS-team och projektledning, av en tämligen stor personalomsättning hos parterna och samtidigt upplevd hög arbetsbelastning. Logiskt i en sådan situation kanske vore att se TRIS som en avlastande resurs. Så tycks dock inte vara fallet. Från projektet rapporteras ett minskande inflöde av individärenden.

Den låga svarsfrekvensen på personalenkäten – 58 procent efter en påminnelse – kan vara en indikator på att projektet inte är tillräckligt väl förankrat hos handläggare/vårdpersonal. I de svar som lämnats i enkäten är heller inte entusiasmen för vad projektet givit översvallande. Kanske är man artigt positiv i svaren när man t ex pekar på god tillgänglighet men också på att projektet inte bidragit till förändring (av egna kunskaper eller för den/de aktuella brukarna) i någon större utsträckning?

På ledningsnivå förefaller projektet vara väl förankrat, med en aktiv styrgrupp som regelbundet sammanträder och ansvarar för projektet gentemot respektive organisation/part. En komplicerande omständighet är att Försäkringskassan under hösten 2018 aviserade att man inte längre kunde ingå i samverkan kring enskilda försäkrade om personen ifråga inte närvarade. Man tycks emellertid ha funnit ett sätt att hantera detta men som gör att samverkan "haltar" en del mellan parterna. En mer långsiktig lösning på denna fråga är angelägen inför framtiden. Forskning om samverkan visar att det är viktigt för framgång att ingående parter har ett "jämnt" deltagande i samverkansarbetet.

Värdering av TRIS-projektet

Av rapportens andra kapitel framgår syftet med utvärderingen – att skapa kunskap om och värdera TRIS-projektet ur olika aspekter. Det första ledet i syftet – att ge en bild av projektet ur olika intressenters synvinkel – förmedlas i rapportens tidigare delar. Här vill vi istället fokusera på den bedömning, värdering som utgör utvärderingsuppdragets andra del. Som framgår av metodkapitlet är det inte någon slutlig, eller summativ, värdering som kan göras, speciellt som projektet under utvärderingens gång har förlängts med ett år. Det blir snarare ett slags halvtidsvärdering. En fördel med detta kan vara att det ger möjligheter för kurskorrigering under projektets fortsatta gång, snarare än att utgöra ett kvitto i efterhand på framgång eller misslyckande.

Välfungerande organisering och procedur

Som återkommande framgår av rapporten tidigare har det procedurala innehållet i TRIS-projektet kraftigt förändrats under projektets gång, särskilt de första månaderna 2018. Arbetet i projektet har 'slimmats' i jämförelse med den första tiden. Innehållet utgör nu en smidig och välfungerande rutin för informationsinhämtning och -delning. Det karakteriseras av korta ledtider, korta och effektiva möten - via skype och genom fysiska möten. Givet den begränsade målsättning som projektet i nuvarande tappning i realiteten har, bedömer vi arbetsgången som välfungerande. Också organiseringen av projektet bedömer vi vara god, såväl resursekonomisk som transparent och allsidig: Projektledaren håller projektet samman och driver det framåt, genom dagliga aktiviteter, informations- och motivationsinsatser till parterna, samband gentemot Samspelet och kontakter med Styrgruppen. Chefen för Samspelet stödjer projektet

och utgör ett personligt stöd för projektledaren. Styrgruppen följer projektet med aktivt intresse och arbetar engagerat med avvikelshantering. Att projektledaren nu delar sin tid mellan projekten i Hammarö och Grums indikerar förstås att det tidigare fanns en del tid över inom uppdraget. Å andra sidan kan många delar av projektledarskapet nu samordnas mellan projekten, med ökad tidseffektivitet som följd.

Förankringen inom parternas organisationer är inte stabil

TRIS-projektet omfattar fyra parter, var och en av dem utgör stora organisationer med vitt skilda samhällsuppdrag (om än alla inom välfärdssamhällets ram). I projektet representeras var och en av dessa organisationer av ett TRIS-ombud, som har denna uppgift som en del av, eller vid sidan av, sitt ordinarie arbete. Det är därför inte förvånande att projektets förankring inom parterna inte är så stabil som man skulle önska. De två enkätundersökningar som gjorts (till handläggare/vårdpersonal och till brukare) gav blandade, om än, vad gäller handläggare/vårdpersonal, i huvudsak positiva, resultat. Svarsfrekvenserna för båda var påfallande låga, något som kan tyda på ett inte alltför stort engagemang. Andra indikationer på en instabil förankring inom organisationerna kan vara den låga tillströmningen av nya ärenden, sommartid och runt jul/nyår nästintill totalstopp. Att vi värderar förankringen inom organisationerna vara otillfredsställande skall dock inte tolkas som kritik mot projektet som sådant. Snarare är det ett observandum som visar på faktiska svårigheter, grundade i att organisationerna är stora, deras uppgifter disparata och föränderliga, samt att personalomsättningen stundtals är omfattande.

Olika syn på/uppfattningar om balansen mellan parterna i projektet

TRIS-projektets grundtanke är att sjukvården, FK, AF och socialtjänsten ska samarbeta för ökad effektivitet och bättre vård, hjälp och stöd till brukarna. Inom denna ram finns utrymme för olika konkreta sätt att organisera projektet. I andra delar av landet, där TRIS-projekt utvecklats och drivits, har sjukvården som regel varit projektägare och projektledaren varit knuten till vården. I vissa fall har rehabiliteringskoordinatoren också haft rollen som projektledare. Socialtjänsten har inte alla gånger varit med från projektstart, men inkluderats efterhand. För TRIS Hammarö valdes andra lösningar i dessa avseenden – socialtjänsten gavs genom ägarskap stor tyngd i projektet, projektledaren rekryterades från socialtjänsten, men är

fristående i sitt uppdrag som projektledare. Rehabiliteringskoordinatören har uppdraget som TRIS-ombud, något som i nuläget inte ligger implicit i hennes befattning. Psykiatrins ingång till projektet är oklar och olöst. Flertalet ärenden har – så här långt – rekryterats från socialtjänsten. Vår värdering är att denna fråga, synen på balansen mellan parterna i TRIS Hammarö bör lyftas till ett öppet samtal. Det finns annars en risk att kvarstående, ej helt genomlysta och diskuterade skillnader i synen på projektets organisering kan hämma den framtida utvecklingen av projektet. Detta gäller på kort sikt TRIS-projektet på Hammarö (och Grums) men är i förlängningen ännu viktigare i diskussionen om implementering av metodiken till hela eller större delar av Värmlands län.

Värdering av projektet i relation till utvärderingens frågeställningar

I början av denna rapport anger vi några centrala frågeställningar för utvärderingen. Vi ska här kortfattat ta upp de svar på dessa frågeställningar som framkommit i utvärderingsarbetet.

- *I vilken utsträckning är organiseringen för TRIS-arbetet ändamålsenlig i relation till arbetets målsättningar? Och i relation till den teoretiska modell, den programteori, som ligger bakom organiseringen?*

Organiseringen av TRIS-arbetet är ändamålsenlig utifrån att man alltmer fokuserat arbetet, vad gäller individärenden, på «utredning» (processing) och där insatserna åvilar parterna att genomföra inom ordinarie verksamhet, givetvis ofta i samverkan. Dock kan det sättas i fråga om arbetet som utförs i projektet är tillräckligt för att nå de långsiktiga mål som tas upp i projektets programteori. De åtgärder som krävs för god hälsa och välbefinnande för berörda brukare ligger så att säga bortom projektets arbete.

- *Vad definierar god kvalitet i en samverkansmodell av det slag som TRIS utgör? Hur motsvarar arbetet dessa kriterier?*

Några ord som karaktäriserar god kvalitet i en samverkansmodell av TRIS' typ kan vara: *lättillgänglighet, involvering av berörda parter, lika villkor i samverkansarbetet, snabbhet, konkretion i arbetet, återkoppling till och från handläggare/vårdpersonal och brukare och – vill vi lägga till – uppföljning över tid av situationen för berörda brukare.* TRIS är lätt tillgängligt för

handläggare/vårdpersonal. Teoretiskt även för brukare (via Samspelets webbsida) men denna möjlighet har inte använts. De berörda parterna är i stor omfattning involverade, dock saknas ofta psykiatrin. Arbetet går snabbt och kan sägas vara produktivt. Konkretionen i frågor till teamet och svaren har blivit allt bättre. En utmaning vad gäller att delta på lika villkor är Försäkringskassans restriktioner vad gäller medverkan om individärenden. Återkoppling till frågeställare verkar fungera väl. En mer systematisk och formaliserad rutin för att följa upp utvecklingen för berörda brukare skulle ytterligare öka arbetets kvalitet.

- *Kan några svaga länkar i modellen identifieras? I så fall: Vilka och vad skulle krävas för att stärka dessa delar?*

Projektets arbete utgörs i stor omfattning av informationsöverföring och – utbyte. I teamet är «arbetsmaterialet» de frågeställningar som inkommer. Dessa ska sedan tolkas och processas av teamets medlemmar fram till konstruktiva svar till frågeställaren. Dessa svar ska i sin tur bidra till ett gott arbete framgent för aktuell brukare. I människovårdande organisationer är informationsöverföring såväl centralt som problematiskt; viktigt är att överföringen blir så verklighetsnära som möjligt, problematisk för att informationen lätt tolkas ur olikas perspektiv, på grund av till exempel organisationstillhörighet och profession och därmed försvåra önskat samarbete. Det arbete som pågår i teamet för att skapa «teamkänsla» (teambildning) är viktigt inte minst utifrån att skapa möjligheter för god kvalitet i information och informationsöverföring.

- *Vilken är brukarnas bild? Gör arbetssättet att de anser sig ha fått snabb tillgång till adekvata insatser som på ett tydligt sätt bidragit till rehabilitering? Finns inom TRIS redskap för återkoppling från brukarna, och hur fungerar i så fall dessa?*

För att besvara frågan om brukarnas bild har vi blott lite information i utvärderingen. Enkäten till brukare gav få svar och tämligen mager information. Det har inte heller framkommit om teamets arbete lett till adekvata insatser för brukarna. Vi har inte heller funnit redskap för återkoppling från brukarna. Så frågeställningen är i stort obesvarad.

- *Hur "kontextberoende" är arbetssättet? Finns några tydliga observanda att beakta inför en eventuell implementering inom andra samordningsförbund i länet?*

På flera ställen i utvärderingens diskussionskapitel framgår att kontexten är viktig för att TRIS ska fungera väl. Vi begränsar oss därför här bara till att ta upp en aspekt: De fyra parterna utgör för varandra en viktig del av kontexten. Att de kan samverka på jämlika villkor är en förutsättning för framgångsrikt arbete. Försäkringskassans restriktioner är i det sammanhanget oroande. En annan utmaning är att på ett rimligt sätt kunna samspela med hälso- och sjukvårdens komplexa organisation. Efterlysning av psykiatrins medverkan är återkommande.

Rekommendationer

Vi avslutar rapporten med några kortfattande rekommendationer inför det fortsatta arbetet i TRIS-projektet och inför en eventuell bredare implementering i Värmand.

- *Mer och återkommande information för stabilare förankring hos parterna*

Återkommande information om arbetssättet och dess förtjänster är fortsatt viktig. Projektledarens insatser är centrala härvidlag. Men även TRIS-teamet har ett ansvar för detta liksom styrgruppen. Den närmaste arbetsledningen för medarbetare som kan aktualisera ärenden till TRIS är också viktig i sammanhanget. Informationen bör vara konkret, gärna genom att exemplifiera med (lyckade) fall.

- *Åtgärder för ökad ärenderekrytering*

Ärendetillströmningen har under projektiden avtagit. För att projektet ska vara relevant måste den öka och bli stabil. Informationsarbetet som tas upp i ovanstående rekommendation kan bidra även här.

- *Lös frågan om relationen till psykiatrin*

Denna fråga är återkommande i projektet och pockar på en lösning. Förslag till lösning(ar) finns, några av dessa framgår tidigare i rapporten.

- *Klargör rehabkoordinators roll och arbetsuppgifter i projektet*

Rehabkoordinatören har en något paradoxal situation i projektet. Hen är sjukvårdens representant i TRIS-teamet, vilket är rimligt. Samtidigt innebär arbetsbeskrivningen att hen ska arbeta med individer som står relativt nära arbetsmarknaden – är SGI-placerade. Men de som tillhör målgruppen för TRIS är oftast inte SGI-placerade.

- *Skapa garantier för att parterna långsiktigt kan medverka på lika villkor*

Utmaningen här för närvarande är Försäkringskassans restriktioner. Den nuvarande lösningen kan inte bli annat än ett provisorium.

- *Utveckla strukturen för dokumentationen i arbetet – främst individärenden*

Inte minst för det löpande arbetet med individärenden bör enkla och tydliga former för dokumentation utvecklas, givetvis med hänsyn till sekretess- och personskyddsfrågor. Den kan i sin tur användas både för information om och rekrytering av nya ärenden till projektet. Dokumentationen från arbetet med avvikelshantering bör också kunna utvecklas och standardiseras – så att den kan användas bl a i information om och förankring av projektet.

- *Förankringen hos privata aktörer inom området – en fråga som bör lösas*

Delar av hälso- och sjukvården bedrivs utanför Region Värmland, t ex i privata vårdcentraler och företagshälsovård. På Hammarö finns ingen privat vårdcentral, men en omfattande företagshälsovård, som i vissa sammanhang också kan bli aktuell som part i TRIS-projektet. Frågan hur dessa former av hälso- och sjukvård kan integreras i TRIS bör beaktas.

- *Nytt projektnamn?*

TRIS-konceptet 'importerades' från andra delar av landet, men har, som framgår i rapporten, ändrats i viktiga avseenden. Så viktiga, menar vi, att man bör överväga att finna ett projektnamn som bättre svarar mot det faktiska innehållet, så som projektet idag bedrivs.

Att ovanstående löses på ett fullgott sätt kan ses som förutsättningar för bredare implementering i Värmland. Till detta tillkommer vid en utvidgning i länet:

- Det finns givetvis *behov av anpassning av organisationen med hänsyn till befolkning och demografi samt geografi* i de olika kommunerna. I befolkningsmässigt små kommuner men som ofta är geografiskt stora kan en gemensam organisation av TRIS för flera kommuner vara nödvändig. Samtidigt måste en närhet finnas till TRIS-team och projektledare (motsvarande). För befolkningsmässigt stora kommuner – läs Karlstad – bör sannolikt flera team skapas.

- *Statliga "utbudspunkter" (lokalkontor) kommer de att finnas i alla kommuner?* Denna fråga är högst aktuell med tanke på avisering av nedläggning av Arbetförmedlingens kontor i många kommuner. För «jämlik» medverkan i TRIS arbete är det viktigt att representanterna för de samverkande myndigheterna har någorlunda likartade geografiska arbetsområden.

Referenser

Bångsbo, A., Dunér, A., Dahlin-Ivanoff, S. & Lidén, E. (2018) Interorganizational collaboration within a comprehensive care process program. Manuscript 2018 (I Bångsbo, A. (2018) *Collaborative challenges in integrated care. Untangling the preconditions for collaboration and frail older people's participation*. Doctoral thesis. Göteborg: Sahlgrenska Academy.)

Bohman, G. & Westlund, P. (1997) *Svarte Petter. Om samverkan och rundgång i socialt arbete med barn och ungdomar*. KOMVÅRD kommunernas roll i vårdsektorn nr. 8. Stockholm: Svenska Kommunförbundet.

Cresswell, J.W. (2014) *Research designs. Qualitative, quantitative and mixed approaches* (3rd ed.). Los Angeles: Sage.

Danermark, B. & Kullberg, C. (1999) *Samverkan. Välfärdsstatens nya arbetsform*. Lund. Studentlitteratur.

Edlund, C (2011) *Slutrapport av Närsjukvårdsprojektet (NAFS) om samverkan mellan Närsjukvård, Försäkringskassa, Arbetsförmedling och Socialtjänst*. Umeå: Samordningsförbundet.

Ekholm, J., Vahlne Westerhäll, L., Bergroth, A. & Schüldt Ekholm, K. (2015) *Rehabiliteringsvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, B. & Karlsson, P-Å. (1990) *Utvärderingens roll i socialt arbete*. Diss. Institutionen för socialt arbete. Göteborg: Göteborgs universitet.

Eriksson, B. & Karlsson, P-Å. (2016) *Att utvärdera välfärdsarbete*. 2 upplagan. Malmö: Gleerups.

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016

Haraldson, A-L. (2016) *Organisering för samverkan*. FoU Välfärd Värmland 2016:1. Karlstad: Karlstads universitet.

Hazenfeldt, Y. (1983) *Human service organisations*. New Jersey: Prentice Hall.

Kullberg, C. (1997) Teknikorienterad och 'teoriorienterad' utvärdering i och av socialt arbete. (Paper förberett till seminariet *Metod och utvärdering i socialt arbete*, vid FORSA-symposiet *Integration, segregation och välfärd* på Rosenö i Stockholm, 18-20 september 1997.)

Lagerberg, D., Sundelin, C. & Elvhage, G. (1990) *Barnfamiljer och samhällets ambitioner*. Stockholm: Liber.

Lindgren, L. (2006) *Utvärderingsmonstret. Kvalitets- och resultatmätning i den offentliga sektorn*. Lund: Studentlitteratur.

Scriven, M. (1991) *Evaluation Thesaurus*, 4 uppl. Newbury Park, CA: Sage.

Socialstyrelsen (2019) *Socialstyrelsens kunskapsguide*. www.socialstyrelsen.se, 2019-03-11.

Vedung, E. (2009) *Utvärdering i politik och förvaltning*. 3 uppl. Lund: Studentlitteratur.

Westrin, C-G. (1986) Social och medicinsk samverkan – begrepp och betingelser. *Socialmedicinsk tidskrift* nr 7-8, s. 280-285.

Regionala samverkansgruppen, Sörmland – Maria Bolwig (2015) *Utveckling av samverkansplattformen TRIS – Tidig Rehabilitering i Samverkan*.

Material från TRIS-projektet:

- *Ansökan till Samspelet om finansiering i insats. TRIS - Tidig Rehabilitering i Samverkan* (daterad 2016-12-01) Karlstad; Samordningsordningsförbundet Samspelet
- Årsrapportering av finansierad insats genom Samspelet, 2019-01-25
- Avvikelser 2017
- Avvikelser 2018
- Protokoll/minnesanteckningar från Styrgruppens möten

- Mailväxling med förbundschef, projektledare och medlem i TRIS-teamet
- Anteckningar från TRIS-möten 2017 – febr 2019
- Informationsmaterial om TRIS på Samspelets webb.
<http://www.samspelet.se/tris-hammaro-grums/>

Bilaga 1, Programteori för TRIS-Hammarö

Resurser – förutsättningar "det vi har..."	Aktiviteter – "vad vi gör..."	Avsedda prestationer "vad vi åstadkommer..."	Avsedda effekter För personal/organisation För "brukare" /gör skillnad...
<p>-Projektplan och arbetsbeskrivning</p> <p>-Ekonomi från Samspelet till projektledare, utvärdering, kompetenshöjande åtgärder</p> <p>- Finansiering från LiV till utvärdering via KAU</p> <p>-TRIS-team finansierat av parterna</p> <p>-Lokal styrgrupp alla parter, finansierat av parterna</p> <p>-Lokaler i resp. kommun finansierad av resp kommun samt tillgång till lokal på VC vid möten</p> <p>Målgruppen Kunden/kielten Frågeställningen</p>	<p>Följer projektplanen och arbetsbeskrivningen "så gott det går"</p> <p>Har tryggad ekonomi</p> <p>Genomför kompetensutveckling till parterna</p> <p>Utvärderar mha KAU</p> <p>Egen kompetensutveckling team</p> <p>Utvärderar via KAU</p> <p>Möjliggör implementering och spridning</p> <p>TRIS-möte varje vecka, träffas var annan vecka</p> <p>Team-träffar ngra ggr/termin</p> <p>Möjliggör spridning hos parterna, ökar kompetensen hos team-medlemmarna. Innebär ökad kompetens hos parterna</p> <p>Kvalitetssäkrar samverkan</p> <p>Möjliggör spridning hos parterna, förankring på chefsnivå, lokalt innebär alla är med.</p> <p>Avvikelsehantering ökar samförstånd om behov</p> <p>Frågor lyfts i Teamet för tvärprofessionell diskussion lösningar och avvikelser identifieras</p>	<p>Säkerställer arbetsmetod</p> <p>Kompetensutveckling hos chefer, team och medarbetare hos parterna</p> <p>Kompetensutveckling hos chefer, team och medarbetare hos parterna</p> <p>Samsyn</p> <p>Brukare i fokus – inte system</p> <p>Effektivera</p> <p>Trygghet i diskussioner och lärande</p> <p>Länkar mellan myndigheterna</p> <p>Synliggör "grå samverkansytor"</p> <p>Samsyn</p> <p>Brukare i fokus – inte system</p> <p>Effektivera</p> <p>Länkar mellan myndigheterna</p> <p>Synliggör "grå samverkansytor"</p> <p>Kvalitetssäkring av samverkan</p> <p>Minskad rundgång mellan parterna</p>	<p>Personal <u>Kort sikt:</u> Snabbare kontaktvägar Effektiva möten/Resurseffektivitet Underlättat kartläggning och utredning <u>Medellång:</u> Ökad kunskap om parterna Ökad kunskap om välfärdssystemet Resurseffektivitet Känslan av gemensamt ansvar <u>Lång sikt:</u> Tidigare gemensamma rehab.insatser Kortare handläggningstider Samhällsekonomiskt Struktur för rehab.samverkan Ökat antal personer går mot egen försörjning Brukare <u>Kort sikt:</u> "Plötsligt händer det" Snabb process Slippa upprepa sin story hos många Involverade vet vilka som finns med Tillgång till tvärprofessionell genomlysning Rätt ersättning från rätt instans <u>Medellång:</u> Tillgång till snabbare processer Kortare tid i utanförskap/offentlig försörjning Känsla av samarbete mellan parterna Inte bollad <u>Lång sikt:</u> Effektivt system för samordning finns med tidig initiering Minskar oron att behöva ramlas mellan stolar. Tryggad privatekonomi Minska/ta bort faktorer som ligger till hinder för att alla ska få rätt ersättning från rätt instans i rätt tid. Ökad hälsa Ökat välbefinnande</p>

Bilaga 2, Enkätfrågor



FoU VÄLFÄRD VÄRMLAND

Hej!

Du får detta brev därför att Du har haft eller har kontakt med Socialtjänsten, sjukvården, Arbetsförmedlingen eller Försäkringskassan på Hammarö för att få rätt stöd för att komma i arbete, utbildning eller få försörjning. För att få till en bättre samverkan med varandra, bedriver de projektet Tidig Rehabilitering i Samverkan (TRIS). Syftet är att kunna ge bättre stöd till personer som har kontakt med två eller flera av myndigheterna/organisationerna. För att ta reda på om TRIS fungerar som det var tänkt görs nu en utvärdering, och de enkätfrågor som följer här nedan är en del i utvärderingen. Det är frivilligt att delta och Du deltar anonymt. Ingen annan än vi som gör utvärderingen får del av materialet och i den rapport vi kommer att skriva kan ingen enskild person kännas igen. Genom att besvara enkäten bidrar Du till att ge en bättre bild av TRIS-projektet.

Den bifogade enkäten tar ca 10 minuter att besvara. När Du besvarat frågorna lägger Du enkäten i det bifogade kuvertet och postar det. Portot är betalt. Du kan också lämna kuvertet till den person Du fått enkäten av, som då vidarebefordrar den till oss.

Utvärderingen görs av FoU Valfärd Värmland vid Karlstads universitet med oss som utvärderare. Om du har frågor angående enkäten är Du välkommen att ringa någon av oss.

Tack för att Du medverkar i utvärderingen!

Bengt G Eriksson
070-6885172

Per-Åke Karlsson
0702770760

Enkätformulär brukare

Kön

- Man
- Kvinna

Ålder

- 30 år eller yngre
- 31 – 40 år
- 41 – 50 år
- 51 – 60 år
- 61 år eller äldre

Vad gällde frågan som behandlades i TRIS? (Flera svarsalternativ kan anges)

Ekonomiskt stöd från kommunen

Sjukpenning

Vård eller behandling

Rehabilitering

Arbete/arbetsträning

Annat

Vet ej

Med vem/vilka innebar TRIS kontakt för dig (flera alternativ kan anges)

Socialtjänsten

Arbetsförmedlingen

Försäkringskassan

Vårdcentralen

Psykiatri??

Annan

Vet ej

Vad blev resultatet av kontakten med TRIS? (flera alternativ kan anges)

Ny information från andra (Vårdcentralen, Psykiatri??, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Socialtjänsten)

Hjälp från andra (Vårdcentralen, Psykiatri??, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Socialtjänsten)

Det blev inget resultat
Vet ej

Hur har resultatet av kontakten med TRIS använts? (flera alternativ kan anges)

- För diskussion med min handläggare
- För kontakt med andra hjälpinsatser
- För att samordna hjälpen/stödet för mig
- På annat sätt
- Resultatet har inte använts
- Vet ej
-

Har kontakten med TRIS varit till nytta för Dig?

Ja, till stor nytta

Ja, till viss nytta

Varken till nytta eller till skada

Vet ej

- Om Du har andra synpunkter på Din kontakt med TRIS skulle vi sätta värde på att Du skriver ned dem här, med egna ord:

.....
.....
.....
.....
.....

Till dig som haft ett ärende (eller flera ärenden) som behandlats av TRIS-teamet

För att få fördjupade kunskaper om hur TRIS-projektet i Hammarö fungerar och få underlag för en eventuell och bredare implementering i Värmland genomförs en utvärdering, på uppdrag av de samverkande parterna. FoU Välfärd Värmland vid Karlstads universitet genomför utvärderingen med oss som utvärderare. Denna enkätundersökning är en del av utvärderingen.

Det är frivilligt att delta och du deltar anonymt. Ingen annan än vi som gör utvärderingen får del av svaren. I den rapport vi kommer att skriva kan ingen enskild person identifieras. Enkäten, som du når genom nedanstående länk

(länken in här)

tar cirka 15 minuter att besvara. När du besvarat frågorna klickar du på "sänd". Svaren går då till FoU Välfärd Värmland där svaren kommer att sammanställas och bearbetas. Vi vill ha dina svar på enkäten inom en veckas tid. Har du frågor om enkäten kan du kontakta någon av oss.

Tack för att du medverkar i utvärderingen!

Med vänliga hälsningar

Bengt G Eriksson

Per-Åke Karlsson

070-6885172

0702770760

Enkätformulär

Var arbetar du?

- Arbetsförmedlingen
- Försäkringskassan
- Socialtjänsten
- Vårdcentralen

Hur fick du information om möjligheten att ställa frågor genom TRIS?

- Från TRIS-ombud
- Från TRIS projektledare
- Från arbetsledare
- Från skriftligt material om TRIS
- Från arbetskamrat
- På annat sätt, ange gärna hur:

Här följer några frågor om din kontakt med TRIS-ombudet på din arbetsplats och där kontakten avser fråga rörande en speciell person (brukare, klient, patient, arbetssökande, försäkrad). Om du ställt frågor om flera personer eller vid flera tillfällen, svara utifrån den senaste gången det skedde.

Hur lämnade du din fråga till TRIS-ombudet?

- Via frågelåda
- Personligen
- På annat sätt

Vad är din uppfattning om sättet att få kontakt med TRIS-ombudet på din arbetsplats?

- Det är enkelt att få kontakt
- Det är svårt att få kontakt

Vad är din uppfattning om det förarbete som krävs vid kontakten med TRIS-ombudet?

- Det kräver ganska lite förarbete
- Det kräver omfattande förarbete

Hur lång tid tog det från att du ställde frågan till du fick svar på den?

- Två veckor
- En månad
- Längre tid än en månad

Är du nöjd med återkopplingen från TRIS-ombudet?

Mycket nöjd

-Ganska nöjd

-Ganska missnöjd,

-Mycket missnöjd

Hur har du gett återkoppling till personen frågan gällde?

- Muntligt vid besök
- Muntligt via telefon
- Skriftligt via brev, mail e dyl
- På annat sätt
- Jag har inte gett någon återkoppling

Har svaret påverkat den insats du kunnat göra för personen frågan gällde ifråga:

- Ja, i hög grad
- Ja, i viss grad
- Nej, inte alls

Bedömer du att svaret och återkopplingen påverkat situationen för personen frågan gällde vad gäller möjligheten till sysselsättning (arbete, utbildning, behandling, vård, försörjning)

- Ja, i hög grad
- Ja, i viss grad
- Nej, inte alls

Här följer några avslutande frågor som gäller kontakten du haft med TRIS-projektet generellt.

Inom TRIS-projektet behandlas också frågor som gäller återkommande problem i samverkan mellan parterna, s k avvikelser.

Har du aktualiserat någon sådan fråga?

- Ja, en gång
- Ja, flera gånger
- Nej, aldrig

Om du svarat ja på frågan ovan, uppfattar du att det/de problem du uppmärksammat fått en tillfredsställande lösning?

- Ja
- Nej

Har du haft nytta av TRIS i ditt arbete?

- Ja, i hög grad
- Ja, i viss grad
- Nej, inte alls

Har TRIS medfört att du ökat din kunskap om de myndigheter som samverkar i projektet?

- Ja, i hög grad
- Ja, i viss grad
- Nej, inte alls

Hur bedömer du din kunskap om TRIS-projektet?

- Mycket god
- God,
- Dålig
- Mycket dålig

Om du har andra synpunkter på din kontakt med TRIS-projektet, eller på projektet som sådant, skulle vi sätta värde på att du skriver ned dem här, med egna ord:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Tack för din medverkan!

Bilaga 3, Intervjuguider

Underlag för samtalsintervju med Meta Fredriksson-Monfeldt, 2 maj-18 kl 09.30

- Bakgrund och framväxt av TRIS-arbetet, hur utarbetades planerna, och av vem/vilka?
 - Vilka var huvudmännens förväntningar och hur uttrycktes de (Landsting, Kommun, FK, AF)?
 - Vilken roll spelade Samspelet i denna process (inspiratör, drivande, koordinerande, etc)?
 - Externa influenser, ex från Sörmland – vilken roll spelade de? Finns utvärdering av Sörmlands modell tillgänglig?
 - Vilka förändringar under vägen har skett så här långt?
 - Metas personliga reflexioner, t ex om TRIS som Finsam-modell i relation till andra
 - Varför valdes Hammarö – och vilken roll har Grums kommun?
 - Organisation och styrning/ledning av projektet? Förbundsstyrelse – beredningsgrupp – styrgrupp – TRIS-samordnare – TRIS-team -.... Erfarenheter hittills?
 - Vad finns redan nu att säga om ambitionen att sprida modellen över länet?
-
- I relation till utvärderingsarbetet behöver vi också orientera om/diskutera vårt fortsatta arbete och (den reviderade?) tidsplanen, lämplig tid för första återföringsmöte?

Underlag för samtalsintervju med Kristin Sundgren, 2 maj-18 kl 12.00

- Rent generellt: Beskriv hur TRIS-arbetet rent praktisk går till, i sina olika delar
- Vilka är samordnarens uppgifter (i teori och praktik)?
- Hur dokumenteras arbetet? Tillgång till dokumentation?
- Vilken är relationen mellan Tris-teamet och handläggarna? Vem gör vad?
- Var finns brukaren i denna samarbetsmodell? Vad innebär TRIS för brukaren?

- Finns konkurrens och professionstvister i det praktiska arbetet? Kan 'kulturella' skillnader och bakgrunder mellan parterna skönjas?
- Hur många individer/brukare (ca) är aktuella i projektet?
- Så behöver vi också prata med Kristin om vilket underlagsmaterial för inläsning vi kan få del av, och hur. Finns sammanställningar av material (SAMSIP, avvikelser, aktualiseringar, etc)
- Och informera om vårt fortsatta arbete, och tidsplanen. Samt hur kontakterna med Kristin ska se ut framöver.

FRÅGEGUIDE FÖR GRUPPINTERVJU MED TRIS-TEAMET, 4 JUNI 2018

(kort) presentation av teamets medlemmar

Likaså av oss

Kort om utvärderingen – syfte och upplägg

1. TRIS-processen

”personärenden”

Ärendegång: aktualisering – skypemöte – TRIS-möte – ev uppföljningsmöte – avslut och återföring (handläggare)

Hur går det konkret till i de olika stegen? Exempel!

Vem gör vad mellan skypemöte och TRIS-möte?

Vari består samarbetet – ”samverkan”? Diskuteras insatser/åtgärder i TRIS-mötet?

Integrerad samverkan – strukturell samordning?

Kontroll (av klienten/brukaren/patienten)?

Några ”gränssnitt”:

- teamet – handläggare (motsvarande)

- teamet – rehab koordinator /primärvården

Möjliga överlappningar?

TRIS som grund för SAMSIP? Vem/vilka gör vad? Hur många trenden går vidare till SAMSIP? Vem avgör detta?

Klientens roll i TRIS-processen?

”avvikelseärenden”

Hur är processen konkret i denna typ av frågor? Exempel!

Vad är en ”avvikelse”?

Hur tas resultatet av avvikelsehanteringen tillvara i resp organisation?

SAMSIPAR som grund för avvikelsehantering?

2. Resurser – dimensionering – behov av TRIS

Hur många ”individärenden” respektive ”avvikelseärenden” har hanterats? Kapacitet? tillräckliga resurser/kapacitet?

Hur många ”individärenden” – stor andel – blir SAMSIP?

3. TRIS – Tidig Rehabilitering i Samverkan

Vad står de olika orden för i arbetet?

Tidig?

Rehabilitering?

Samverkan?

4. Erfarenheter inför ”bred implementering”

Att tänka på om/när ”skala upp” till länsomfattande?

Bra? Dåligt?

Kontextberoende faktorer: stor – liten (befolkning – geografisk storlek) kommun, geografiskt läge – glesbygd – land - stad. Etc

5. Kommande möte - intervjutillfälle

Hur vi hanterat/tillvarat information från dagens intervju

Nytt möte/intervju i januari?

SAMTALSINTERVJU MED META OCH KRISTIN, 10/9 -18

Allmänt om TRIS:

- Vad står orden för i projektet?

Tidig,

Rehabilitering,

I,

Samverkan

Likheter – skillnader med Sörmland? Sjukvårdens roll?

Den uppdaterade ”processen” – illustration av samverkan?

Avvikelser som behandlats med koppling TRIS – dokumentation av dessa?

Styrgruppen och beredningsgruppen:

- Protokollen?
- Ledamöternas engagemang?
- Beredningsgruppen? – syns TRIS i dokumentationen/protokollen?

Om projektbeskrivningen – ansökan:

- Följs den? Ev ändringar – motiv för?
- SamSIP vart tog den vägen?

TRIS-teamet:

- ”rätt” typ av frågeställningar?
- Medlemmarnas engagemang?
- Tidsåtgång för teamets medlemmar? Ca 1 tim/v.
- Produktivt – effektivt?
- Protokollen – finns tidigare? Få alla? Ev ge synpunkter på de vi fått.

Framtiden:

- Vad har fungerat bra – respektive mindre bra?
- (Varför startat TRIS redan i Grums?)

Planerad datainsamling:

- Enkät till medarbetare/handläggare som lämnat frågor till teamet och som behandlats (elektronisk? Fått återkoppling? Gett återkoppling till klient? Påverkat aktuell brukares situation? Nöjdhet med TRIS...) ev några få intervjuer.
- Enkät till klienter (ca 40 ?) som varit aktuella för Teamet: (nä via medgivanden, postenkät? Nöjdhet, fått återkoppling, påverkat arbetssituationen – närmare arbete...?)

- Genomgång och analys av projektets dokumentation:
(beredningsgruppen??, styrgruppen, TRIS-möten,
avvikelsehanteringen....

Frågor för träff med TRIS-teamet och med Kristin och Meta 2019-01-14

Föreslår att vi spelar in mötet med teamet men inte med Meta och Kristin.

(Inte kursiverat – tas upp främst med teamet.. *Kursiverat – tas upp med såväl teamet som Meta och Kristin*)

TRIS-teamet

Två frågor vi inte hann med förra gången –

- Vad står orden i "TRIS" för – betyder?
- *Att tänka på inför ev bred(are) implementering av TRIS i Värmland? T ex kontextuella faktorer som kommunstorlek, utbud i tätorten... (statlig närvaro t ex)*

"Projektförloppet..."; inflöde av frågor? Tillräckligt? (underlaget för TRIS-teamet – och kanske om upplevt behov av TRIS.) Återföring till handläggare? m m. Fördelning mellan aktörerna (soc tjänst, vården, FK, AF). *Ev förändring i o m att Grums tillkommit?*

FK's medverkan? Hur löses den?

Rehab koordinators roll? Det ser olika ut mellan olika TRIS (- inspirerade) projekt i Sverige

Bl a betr vårdens roll och kommunens....

Den skisserade programteorin (tackar vi för). Teamets roll i skisseringen? Kommentarer och funderingar: t ex kring förväntade effekter (visioner....)

Reflektioner med utgångspunkt i ansökan - projektbeskrivning:

- *Var tog SAMSIP vägen?*
- *Teamets roll vad gäller avvikelshantering (tex utifrån SAMSIP)?*

(programtrohet versus nödvändiga kurskorrigeringar)

Enbart med Meta och Kristin: Balans mellan parterna i projektet? Lika intressen? Strukturella hinder, t ex lagstiftning...? Balans kommun – vård? Psykiatrins frånvaro...? Vilken "typ" av samverkan är TRIS: arbetsfördelning - samordning - koordinering - kollaboration - etc. Top down - bottom up?

OM enkäterna:

Till brukare

Till handläggare

Nästa kontakt – möte?

Slutet maj – början juni. Redovisning av rapport

Tidigare publicerade IKU-/FoU-rapporter

- 2019:1 Madeleine Andersson och Åse-Britt Falch. *Utvärdering av Mobilt resursteam Karlstad*
- 2017:1 Per Folkesson. *Bostad Först i Karlstad*
- 2016:1 Anna-Lena Haraldson. *Organisering för samverkan – en introduktion*
- 2015:3 Sara Johansson. *Kartläggning av behov och förutsättningar för en avhopparverksamhet i Värmlands län*
- 2015:2 Ingrid Rystedt. *Integrerad Psykiatri i Värmland (IPiV4) - En utvärdering med fokus på unga brukare*
- 2015:1 Per Folkesson & Ola Lindgren. *En studie av verkan av samtalen vid Samtalsakuten*
- 2014:1 Per Folkesson. *Projektet Stöd i arbete - En processutvärdering och måluppfyllelseanalys*
- 2013:1 Mia Hernell-Blomquist. *Kartläggning av kunskapsutvecklingsbehov inom området stöd till personer med funktionsnedsättning*
- 2012:6 Victoria Lönnfjord & Mia Hernell Blomqvist. *Hammarö kommuns utbildningsorganisation för baspersonal inom äldre- och handikappomsorgen*
- 2012:5 Fredrik Hjärthag. *BUP Värmland - En utvärdering av hur personalen uppfattar effekterna av omorganisation och förstärkning av vårdgarantin*
- 2012:4 Victoria Lönnfjord, Kristina Wennstam och Eva Karlsson. *Utvecklingen av stöd till anhöriga för personer med demenssjukdom i Karlstads kommun*
- 2012:3 Per Folkesson. *Projektet integrerad psykiatri i Värmland - en utvärdering*
- 2012:2 Bengt G Eriksson, Birgit Häger. *Salutogen omsorg och vård i praktiken - Omsorg och vård för helt liv*
- 2012:1 Therese Karlsson. *Arvika/Eda Samordningsförbund - en kvalitativ utvärdering av fyrpartssamverkan och dess projektverksamheter*
- 2011:5 Per Folkesson. *Ett verksamhetsår vid Familjehuset - En utvärdering av en kommunal familjebehandlingsenhet*
- 2011:4 Hans Ovall. *Gnistan! - Utvärdering av en verksamhet för unga/vuxna i Torsby kommun*

- 2011:3 Victoria Lönnfjord. *En undersökning av anhörigstöd i Säffle och Kristinehamns kommun*
- 2011:2 Birgit Häger. *"Minnet ej att förglömma" - en utvärdering av ett samverkansprojekt*
- 2011:1 Lena Ede och Bengt G Eriksson. *Från missbrukstillvaro till svenssonliv - Utvärdering av Kurage-programmet, läkemedelsassisterad psykosocial behandling vid heroinmissbruk*
- 2010:6 Per Folkesson och Therese Karlsson. *Tillgängligheten till kognitiva hjälpmedel för personer med psykisk funktionsnedsättning*
- 2010:5 Lars-Gunnar Engström och Hans Ovall. *Beroendecentrum Värmland - En utvärdering av en länsgemensam resurs i missbruksvården*
- 2010:4 Bengt G Eriksson, Birgit Häger och Ann-Charlotte Thuresson. *Omsorgens vardag och villkor - ett personalperspektiv*
- 2010:3 Markus Arvidsson. *Utvärdering av SIM-projektet - hur har deltagarna upplevt projektet?*
- 2010:2 Lars-Gunnar Engström och Hans Ovall. *Implementering av BBiC i Värmland - Kartläggning av implementeringsarbetet av BBiC i 16 värmländska kommuner.*
- 2010:1 Jan-Olof Åberg. *System för kvalitetsarbete inom Vård- och omsorgscollege Värmland*
- 2009:5 Bengt G Eriksson, Birgit Häger och Ann-Charlotte Thuresson. *Omsorgens vardag och villkor - ett personalperspektiv*
- 2009:4 Birgit Häger. *Mat är mera än bara mat - En utvärdering av Eda kommuns kostorganisation*
- 2009:3 Per Folkesson, Bengt G Eriksson & Marit Grönberg Eskel. *11 veckor av oro och kraftsamling. Fallstudie av ett lokalsambälles reaktioner på dödligt våld mellan barn.*
- 2009:2 Per Folkesson. *Nationellt Kunskapsnätverk med inriktning på psykiska funktionshinder och hjälpmedel - En utvärdering*
- 2009:1 Lena Ede, Berit Sundgren-Grinups och Bengt G Eriksson. *Projekt Jobbcentrum i Storfors kommun - En utvärdering*
- 2008:2 Hans Ovall och Bengt G Eriksson. *Lyckas Lycke? Utvärdering av missbruksbehandling i öppenvård, i Arvika kommun*

- 2008:1 Maiwor Grundh. *Utvärdering av Värmlands ansvar - Ett projekt för regionalt stöd i kommunernas utveckling av ett hållbart alkohol- och drogförebyggande arbete*
- 2007:3 Lisbeth Bekkengen. *Förändrad organisation – förändrat arbetssätt – Processutvärdering av ett förändringsarbete inom vård- och omsorgsavdelningarna i Arvika och Årjängs kommuner*
- 2007:2 Per Folkesson. *Projektet Gemet – Gemensam verksamhet för människor med psykisk ohälsa – En utvärdering*
- 2007:1 Åse-Britt Falch & Kerstin Gustafsson. *”Förändringens konsekvenser” – beskrivning och analys av ett förändringsarbete vid Individ och familjeomsorgsförvaltningen i Kristinehamns kommun*
- 2006:5 Per Folkesson. *Modeller för lokala skattningar av missbruk - Delstudie två i utvärderingen av Modellkommun Karlstad.*
- 2006:4 Eva Bernesjö. *Öppenvårdsinsatser inom missbruksvården i värmland. - En kartläggning.*
- 2006:3 Maiwor Grundh. *Kan Karlstad bli klotterfritt? - Utvärdering av ett projekt för implementering av klotterbekämpande metoder.*
- 2006:2 Bengt G Eriksson. *Modellkommun för missbruksarbete. Utvärdering av ett projekt i Karlstads kommun.*
- 2006:1 Bengt G Eriksson, Pia Adenmark och Erica Andersson. *Korttidsfamiljen som LSS-resurs - behov, begränsningar och möjligheter.*
- 2005:9 Lena Ede & Barbro Strandell. *En Hel Del – Munkforsmodellen. Utvärdering av ett förändringsarbete inom äldre- och handikappomsorgen i Munkfors kommun.*
- 2005:8 Lena Ede. *Heltid åt alla – Filosofi i vården. Utvärdering av ett förändringsarbete inom äldreomsorgen i Torsby kommun.*
- 2005:7 Maiwor Grundh. *Filipstad Allas Ansvar – Ett projekt för implementering av ett hälsofrämjande förhållnings- och arbetssätt.*
- 2005:6 Bengt Eriksson & Marit Grönberg Eskel. *Socialtjänst och högskola i samverkan – Utvärdering av Adela-projektet i Jönköpings län.*
- 2005:5 Lena Ede. *Äldreomsorgens organisering – Utvärdering av projekt Tänk Vidare i Hammarö kommun.*

- 2005:4 Bengt G Eriksson, Lena Ede, Berndt Fagrell, Britt-Marie Johansson. *Kvalitet och utveckling av rehabilitering inom socialtjänsten – KUR-projektet i Forshaga kommun*
- 2005:3 Marit Grönberg Eskel. *”För första gången på länge är jag en vanlig människa” – en kvalitativ utvärdering av projekt Human Teknik, psykiska funktionshinder och hjälpmedel.*
- 2005:2 Berith Nyqvist Cech, Katarina Lantz & Rolf Mononen – *”Att få människor att växa”*
- 2005:1 Bengt Eriksson, Lena Ede. *Anhörigas insatser och samhällets stöd*
- 2004:5 Annika Rudqvist. *Utvärdering av Nationella hjälplinjen – För människor i psykisk kris och deras närstående*
- 2004:4 Bengt Eriksson och Lena Ede. *Läkemedelsassisterad psykosocial behandling vid heroinmissbruk*
- 2004:3 Marit Grönberg Eskel. *Rönngården – boende för personer med psykiska funktionshinder och missbruk i Karlstad kommun, en kvalitativ utvärdering*
- 2004:2 Maiwor Grundh. *Utvärdering av Råd och Rätt – ett projekt för utökad medvetenhet och tillgänglighet inom konsumentområdet*
- 2004:1 Lena Ede, Hillevi Adolfsson. *Rehabiliterande förhållningssätt? Projekt KRAFT inom äldre- och handikappomsorgen i Filipstads kommun*
- 2003:2 Lena Ede, Lena Karlsson. *Resurs- och bemanningsteam – en arbetstidsmodell*
- 2003:1 Bengt G Eriksson, Karin Haster. *Socialpsykiatri i Eda kommun – utvärdering och vidareutveckling rapport*
- 2002:2 Bengt G Eriksson, Lena Andersson. *Funktionshindrade om samhällets stöd – en kvalitetsundersökning inom LSS, Vård- och omsorgsförvaltningen i Karlstads kommun.*
- 2002:1 Lena Ede, Lisbeth Sjödén. *Högre sysselsättningsgrad – ett sätt att göra vård – och omsorgsarbetet mer attraktivt?*



TRIS-projektet i Hammarö

Hur kan välfärdens organisationer utveckla sitt samarbete, för att kunna ge bättre stöd och hjälp till brukarna och använda den gemensamma sektorns resurser bättre? Ett av svaren på frågan är att det kan ske genom olika former av strukturerade modeller för samverkan. TRIS – Tidig Rehabilitering I Samverkan – är en sådan modell, utvecklad och tillämpad i olika delar av landet.

I rapporten utvärderas TRIS-projektet i Hammarö, Värmland. Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, hälso- och sjukvården samt socialtjänsten samverkar kring enskilda ärenden, men också för att upptäcka och åtgärda avvikelser - återkommande problem i samverkan. I rapporten kommer de olika parterna till tals och får ge sin syn på projektet. Stora förändringar har skett under projektiden. Styrkor och svagheter med arbetet som det nu bedrivs diskuteras och värderas. Rapporten avslutas med rekommendationer inför fortsatt arbete och eventuell implementering av arbetssättet i hela länet.