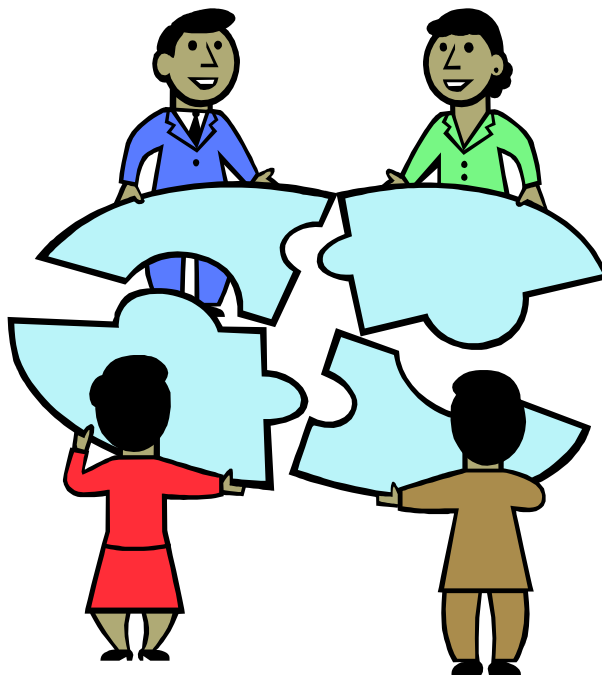


En utvärdering av arbetsmodellen

Gemensam Individuell Vårdplan, GIVP

Socialtjänsten, beroendevården och öppna psykiatriska mottagningen
i Sollentuna



Innehåll

1. Bakgrund	3
<i>Inledning</i>	
<i>Samverkansmodellen</i>	
<i>Syftet med GIVP</i>	
<i>Genomförande</i>	
<i>Sammanfattning av projektets syfte</i>	
2. Organisation och samverkan	5
<i>Samverkan kring individer med psykiska funktionshinder och samtidig missbruksproblematik</i>	
<i>Organisatoriska samverkansmodeller</i>	
<i>Kollaboration i Sollentuna</i>	
<i>Omständigheter som försvårar samverkan</i>	
<i>Omständigheter som främjar samverkan</i>	
3. Utvärdering	8
<i>Utvärderingens syfte</i>	
<i>Urval och datainsamling</i>	
<i>Metoder vid datainsamling</i>	
<i>Tidplan</i>	
4. Resultat	10
<i>Aktgranskning och sammanställning av vårddygnskonsumtion</i>	
<i>Implementeringsarbetet i styrgruppen</i>	
<i>Sammanställning av enkätsvar personal</i>	
<i>Sammanfattning av resultat</i>	
5. Diskussion	17
<i>Vilken förändring innebär GIVP för de enskilda klienterna?</i>	
<i>Hur uppfattas arbetsformen GIVP av de berörda personalgrupperna?</i>	
6. Litteratur	19
Bilaga	21

1. Bakgrund

Inledning

Individer med både psykisk störning och missbruk ”ramlar mellan stolarna” i den svenska vård- och omsorgsorganisationen. De tillhör också en av samhällets mest utsatta grupper. De behöver hålla kontakt med både landsting och kommun för att få adekvat vård och adekvata insatser. Då det är flera aktörer som är inblandade finns risken att det uppstår samverkansproblem. Sådana problem kan till exempel bero på att de inblandade samverkansparterna saknar en gemensam grundsyn, det kan finnas hinder i organisationsstrukturen, olika ekonomiska intressen och en allt för hög arbetsbelastning (Danermark & Kullberg, 1999). En administrativ lösning gällande just denna klientgrupp med så kallade dubbeldiagnoser är att de inblandade parterna samverkar.

Samverkan är idag en nödvändig arbetsform. Två olika tendenser har vuxit fram i välfärdsstatens utveckling. Den första tendensen är att det uppstått en variationsrikedom i vissa verksamhetsformer på grund av att den tidigare centraliseringen bytts ut mot en ramlagstiftning och en decentralisering av beslutsbefogenheter och verksamhet. Den andra tendensen berör verksamhetens innehåll då en del av välfärdsstatens aktörer avgränsar sin verksamhet mer och mer och de olika verksamheterna renodlas i allt större utsträckning. Detta har lett till att kommunerna fått ta en allt större del av ansvaret. Ett par tydliga exempel på denna utveckling är ädelreformen (Prop. 1990/91:14) och psykiatrireformen (SOU 1992:73). När kommunernas verksamheter breddats krävs samverkan mellan olika aktörer för att de överhuvudtaget ska kunna utföra sina åtaganden (Danermark & Kullberg 1999).

Ett gemensamt projekt med syfte att samordna vården, omvårdnaden och behandlingen av enskilda med sammansatta behov av psykiatrisk vård och insatser för missbruk har inletts i samverkan mellan Sollentuna kommun och Stockholms läns landsting. En kartläggning i januari 2007 visade att ca 50 personer är berörda av samordnade insatser. Medverkande parter är Sollentuna kommun, genom socialtjänstkontorets avdelning Missbruk & socialpsykiatri, landstinget genom Sollentuna psykiatriska öppenvårdsmottagning (SPÖ) samt Sollentuna beroendemottagning (SBM), med både en landstings- och en kommunal del.

Samverkansmodellen

Modellen består i att arbeta med en Gemensam Individuell Vårdplan (GIVP) för de klienter som har kontakt med flera eller samtliga av parterna. Projektets definition av GIVP är:

”En plan som skall omfatta olika former av behandlings- och omvårdnadsbehov från olika huvudmän samt vem som ansvarar för vad i planen. Planen skall utgå från den enskildes bedömning av behov av behandling och stödinsatser” (Dokument: Rutin 2006-11-16, Sollentuna kommun)

Syftet med GIVP

Syftet är att den enskilde skall erhålla effektiv och samordnad vård, behandling och omvårdnad av huvudmännen. Dessa insatser skall överensstämma med den enskildes behov. Vidare ska planen bygga på den enskildes medverkan samt på alla parter delaktighet.

Genomförande

- ❖ Ett gemensamt dokument har utformats. Detta skall användas oavsett vilka parter som är inblandade.
- ❖ Dokumentet (GIVP) skall bygga på ASI-intervju och/eller CAN-skattning. Socialsekreterare alt. Behandlare på Sollentuna beroendemottagning genomför SI-intervjun. Socialsekreterare genomför CAN-skattning där kontaktperson på beroendemottagningen deltar vid behov som så kallad viktig person.

- ❖ I dokumentet (GIVP) skall gemensamma vårdplaneringar antecknas samt tidpunkter för uppföljning och upphävande av sekretess. Dokumentet skall undertecknas av den enskilde.
- ❖ Vid vårdplaneringen deltar förutom den enskilde, socialsekreterare, kontaktperson eller behandlare inom de olika verksamheterna, boendestödare samt i förekommande fall patientansvarig läkare (PAL) från psykiatriska mottagningen och beroendemottagningen. Gode män/förvaltare och anhöriga deltar om den enskilde så önskar.
- ❖ I första hand är socialsekreterare sammankallande. Om socialsekreterare inte är inblandad är behandlaren på beroendemottagningens kommunal del sammankallande. Om denne inte är inblandad är Case managern på beroendemottagningens landstingsdel sammankallande.
- ❖ Uppföljning av GIVP skall ske minst en gång per år.
- ❖ Om någon av huvudmännen avslutar dokumenterad insats ansvarar kontaktpersonen för att detta meddelas övriga parter.
- ❖ Avvikelse rapportering avseende rutinen för GIVP skickas omgående till respektive kontaktperson/socialsekreterare samt berörda arbetsledare. Avvikelse rapporteringar sammanställs vid *samrådsmöte* som äger rum minst 2 ggr/termin.
- ❖ Systemfel som uppmärksammas lyfts till den *gemensamma ledningsgruppen* mellan landstinget och kommunens socialtjänst, som äger rum 2 ggr/termin.

Sammanfattning av projektets syfte

Sammanfattningsvis innebär syftet med GIVP att den enskilde skall få behovsbedömda insatser snabbare. Behovsbedömningen ska bygga på bedömningsinstrumenten ASI (Addiction Severity Index) och/eller CAN (Camberwell Assessment of Need). Projektet har också som syfte att gagna samsyn och helhetssyn på individen och att utgå från den enskildes aktiva medverkan.

2. Organisation och samverkan

Samverkan kring individer med psykiska funktionshinder och samtidig missbruksproblematik

I Sverige har främst två typer av samverkansmodeller använts. *Behandlingsteam* och *vårdplaneringsteam*. I behandlingsteam-modellen är det samma personal som inom teamet behandlar både missbruket och den psykiska störningen. Case management är en känd modell som arbetar efter det mönstret. De yrkeskategorier som vanligtvis brukar ingå i teamen är socialsekreterare och sjuksköterskor, men även läkare och vårdare/kontaktpersoner kan ingå i ett sådant team. Den andra typen av samverkansmodell är *vårdplaneringsteam*. I modellen har de olika behandlingsverksamheterna kvar sina respektive behandlingsområden. De olika insatserna för klienten planeras i sammansatta vårdlag och sammanställs i skriftliga vårdplaner (Alkohol och narkotika nr 6/1999).

Redan 1995 startade samverkansprojektet UBB (*Utredning och behandling av beroendeproblematik*) i Örebro med hjälp av stimulansmedel från Socialstyrelsen. Målet med projektet var att skapa en fast samverkan mellan socialtjänsten, psykiatrin, Försäkringskassan, kriminalvården och primärvården. Fyra år senare skapades i Örebro den drogpsykiatriska kliniken Beroendecentrum från de tankegångar som utvecklades i UBB-projektet. (Alkohol och narkotika nr 2/2005).

Behandlingshemmet Runnagården, även denna belägen i Örebro, anordnade 1997 en konferens som gick under benämningen *Dubbel Trubbel*. Ändamålet med konferensen var att dela erfarenheter i arbetet med de klienter som både har psykisk störning och missbruksproblematik. De resultat som man kom fram till var att behandlingen bör ske på en och samma gång och integrerat till en helhet (Gerdner & Sundin, 1998). Under 2000-talet har dessa idéer omsatts bland annat i arbetsmodellerna Case management, Integrerad psykiatri och Gemensam Individuell Vårdplan.

I England finns etablerade metoder som liknar den Svenska beträffande individuella vårdplaner. *The Care Programme Approach (CPA)* och *Care Management*. CPA introducerades under 1990-talet och blev snabbt ett viktigt kännetecken för patientarbete rörande mental ohälsa. CPA var en arbetsmetod framtagen för främst sjukvården medan *Case Management* anpassades för socialtjänsten. Arbetsmodellerna beskrivs som en integrerad process för identifiering och behandling av individens unika problem med hjälp av befintliga och tillgängliga åtgärder.

Organisatoriska samverkansmodeller

Det finns flera olika modeller för att beskriva hur samverkan och samarbete går till. Här används en modell som introducerats av Bengt Berggren 1982 och som sedan har använts av ett flertal organisationsforskare (Westrin 1986, Ann Boklund 1995, Danemark och Kullberg 1999, Maria Hjortsjö 2005). Modellen beskriver fyra olika former av samverkan: *Separation*, *koordination*, *kollaboration* och *sammansmältning*.

Den första kategorin *separation* står för icke-samarbete, vilket förklaras med att olika delar eller enheter det inom en och samma organisation utformar olika insatser för en och samma klient oberoende av varandra. Insatserna kommer alltså från en och samma organisation men delarna inom organisationen har ingen interaktion med varandra (Boklund, 1995). Den andra typen av samarbetsform, *koordination* beskriver ett samarbete mellan organisationer som består i att verksamheten samordnas. Ett exempel på detta är när handläggaren på äldre och handikappsenheten lämnar över frågan om ekonomiskt bistånd till handläggaren på ekonomienheten. Detta kan också benämnas remissförfarande (Boklund, 1995). Den tredje typen av samarbetsform kallas *kollaboration* vilket är den nivå där en utpräglad form av samverkan sker. Kollaborationsformen handlar om att varje profession eller yrkesgrupp har kvar sitt avgränsade yrkesområde men samarbetar på ett integrerat sätt runt vissa klienter (Boklund, 1999; Westrin, 1986). Den fjärde typen av samarbetsform kallas *sammansmältning* och betyder att verksamheter och eller yrkesgrupper integreras med varandra. Denna samarbetsform kan ytterst leda till endast

en mindre del av arbetet förblir yrkesspecifikt medan det mesta av arbetet delas och utförs av alla (Boklund, 1995).

Kollaboration i Sollentuna

I Sollentuna kommun bedrivs arbetet med Gemensam Individuell vårdplan enligt en kollaborativ samverkansform. Psykiatrin, beroendevården och socialtjänsten ingår i samarbetet. Det finns tre olika grundförutsättningar för att kunna identifiera de olika yrkesgruppernas samverkan.

- ❖ Organisatoriska förutsättningar för samverkan.
- ❖ De olika deltagarna måste ha något yrkesspecifikt att tillföra.
- ❖ Det måste finnas en teknologi för samverkan.

Organisatoriska förutsättningar handlar om att det måste finnas ett organisatoriskt godkännande för att samverka, tid för de olika yrkesgrupperna att träffas samt en samlokalisering. *Den yrkesspecifika förutsättningen* betyder att de olika yrkesgrupperna måste ha något eget yrkesspecifikt som de kan tillföra i mötet med de andra parterna. Denna del utgörs av ett eget ansvars och kompetensområde, egen yrkesidentitet och egna metoder. Det yrkesspecifika är viktigt för de olika aktörerna att känna till, både den egna och de andras kompetens. Den tredje förutsättningen, *samverkansteknologi* handlar om att personal måste veta hur de ska sätta upp mål för sin samverkan, vilka typer av metoder som de ska använda och vad de kan tillföra varandra i form av kunskapsutveckling (Boklund, 1995).

Omständigheter som försvårar samverkan

Även om de tre förutsättningarna ovan är uppfyllda, finns det omständigheter som försvårar samverkan. Dessa är:

- ❖ Oklara mål
- ❖ De professionsspecifika målen och kunskapstraditionerna är för olika
- ❖ Aktörerna har olika ekonomiska intressen
- ❖ De organisationiska strukturerna skiljer sig åt alltför mycket
- ❖ Ansvarsfördelningen är oklar
- ❖ Relationen mellan samverkansaktörerna är för ojämn
- ❖ Den etiska traditionen mellan samverkansaktörerna skiljer sig åt
- ❖ Samordningen är dålig
- ❖ Personalomsättningen är hög
- ❖ Arbetsbelastningen är stor

(Danermark & Kullberg, 1999)

Omständigheter som främjar samverkan

På liknade sätt finns det också omständigheter som har visat sig främja samverkan. Dessa är följande:

- ❖ Verksamheterna är samlokaliserade till en och samma fysiska byggnad
- ❖ Verksamheterna är organisatoriskt förlagda i samma distrikt
- ❖ Lämpligt uppsatta gränser för huvudmannaskap och funktioner
- ❖ Administration, ledning och finansiering är samordnad
- ❖ Alla nivåer inom de organisationer som deltar ska innefattas i samarbetet
- ❖ Att alla berörda organisationer är engagerade i samarbetet

- ❖ Att man bedriver gemensamma utvecklingsprojekt
- ❖ Att fortbildningen av personalen bedrivs på ett gemensamt sätt

(Danermark & Kullberg, 1999)

Ansvar för att samverkan ska fungera ligger på ledningen och kan inte läggas över på de enskilda medarbetarna. Det krävs att ledningen har kännedom om och engagemang i de samverkansprocesser som äger rum eller håller på att planeras (Danermark, 2000).

I Sollentuna är de tre förutsättningarna för en fungerande kollaboration uppfyllda. I diskussionen av resultaten kommer faktorer för hinder alternativt främjande av samverkan att diskuteras.

3. Utvärdering

Utvärderingens syfte

Utvärderingen har *två syften*. Det första syftet är att undersöka om GIVP leder till att den enskilde får effektivare och mer samordnad vård utifrån en gemensam samsyn i behovsbedömningen och om GIVP bygger på den enskildes medverkan och på alla parter delaktighet. Det andra syftet är att undersöka hur implementeringen uppfattas av de berörda personalgrupperna. Utvärderingens frågeställningar är följande:

- ❖ Vilka förändringar innebär GIVP för de enskilda klienterna?
- ❖ Hur uppfattas arbetsformen GIVP av de berörda personalgrupperna?

Urval och datainsamling

Urvalet omfattar 10 klienter (aktgranskning av de första genomförda GIVP), styrgruppens medlemmar (deltagande observation på tre styrgruppsmöten) och samtlig personal på enheterna (utdelning av 66 enkäter vid två tillfällen).

Metodvalet består av en sammansättning av ”före-efter”-mätningar samt en processbeskrivande del. Den första frågeställningen besvaras genom aktgranskning av socialtjänstens dokument avseende arbetsprocessen samt registrering av antalet vårddyggn i slutenvård inom beroendevård och psykiatrisk vård. Avsikten är att undersöka om och hur konsumtionen av slutenvård förändrades när GIVP infördes. Den andra frågeställningen besvaras genom en enkät till samtlig personal. Datainsamling skedde vid två tillfällen: hösten 2007 och våren 2008. Syftet med två datainsamlingar är att undersöka om och hur personalens inställning till arbetsformen GIVP förändrats mellan de två tidpunkterna.

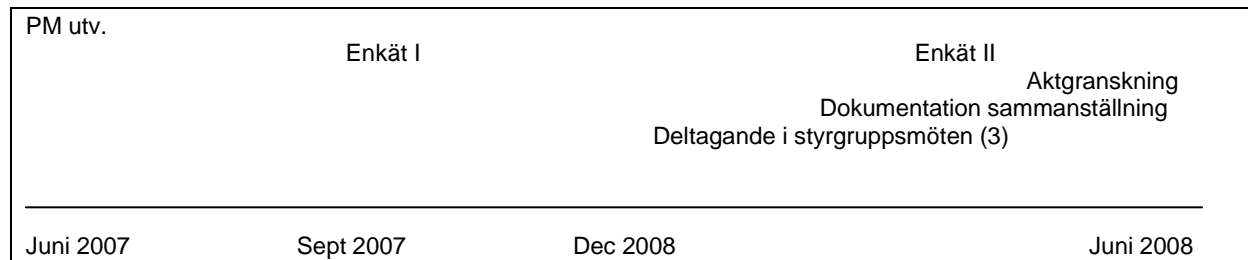
Metoder vid datainsamling

- ❖ **Aktgranskning** med fokus på tre områden: 1) Får den enskilde hjälp snabbare efter implementeringen av GIVP, 2) I vilken utsträckning genomförs behovsbedömningar enligt ASI och CAN och 3) Sker dokumentationen enligt de punkter som anges i projektets syfte. Genomförande: april - maj 2008.
- ❖ **Sammanställning av dokumentation från socialtjänsten** rörande deltagarna i projektet. I syfte att så långt som möjligt förstå arbetsprocessen granskas akter från och med 2006 och till och med juni 2008.
- ❖ **Sammanställning av vårddygnskonsumtion** av psykiatrisk vård och beroendevård i syfte att undersöka eventuella förändringar avseende heldygnsvård, före och efter att GIVP introduceras för enskilda klienter.
- ❖ **Enkät till personal.** Frågor ställs till berörd personal där erfarenheter och upplevelser av samarbetet efterfrågas. Enkäten delas ut och samlas in två gånger under utvärderingsperioden: oktober 2007 och maj 2008. Resultaten av sammanställningen värderas dels utifrån erfarenheterna av samarbetet samt om personalens uppfattningar har förändrats mellan mättillfällena.
- ❖ **Deltagande observationer** på tre av styrgruppens sammanträden i syfte att följa arbetsprocessen i implementeringen.

Tidplan

Utvärderingsperioden sträcker sig från och med juni 2007 till och med juni 2008.

Fig. 1



4. Resultat

Aktgranskning och sammanställning av vårddygnskonsumtion

De första femton (15) klienterna/patienterna valdes ut för aktgranskning. Efter brevutskick med förfrågan om deltagande på frivillig grund kvarstod tio (10) klienter/patienter. Nedanstående tabell beskriver kön och ålder på de tio (10) klienter där aktgranskning avseende arbetsprocess och vårddygnskonsumtion gjordes.

Fig. 2

Klienter/patienter där GIVP genomförts under projektperioden (N=10)

<i>Föd. år</i>	<i>Man</i>	<i>Kv.</i>	<i>Tot.</i>
1950-59	2	2	4
1960-69	1	2	3
1970-79	1	0	1
1980-89	0	2	2
	4	6	10

Fig. 3

Sammanställning av antalet GIVP-möten samt vårddygnskonsumtion före och efter initiering av GIVP (N= 0)

	Dat.GIVP	Antal GIVP	Vårddygn Psyk.		Vårddygn Beroendev.		Övr.
			<i>Innan</i>	<i>Efter</i>	<i>Innan</i>	<i>Efter</i>	
1	080221	2	0	0	0	0	
2	070202	1	0	0	0	8	
3	071023	2	27	0	1	0	HVB plac. innan GIVP
4	061016	5	37	97	0	0	
5	070129	6	24	>32*	0	3	
6	071101	1	0	0	2	0	
7	070716	8	0	0	1	0	HVB-plac. innan GIVP
8	060613	7	0	0	0	0	HVB-plac. innan GIVP
9	070913	1	168	0	0	4	
10	071009	1	0	0	0	0	
S:a		34	256	>129**	4	15	

* Pågående

** Vårdperiod pågående för 1 av 10 personer

De allra flesta klienter/patienter har efter initiering av GIVP haft *ett flertal uppföljande möten*. Vård inom sluten psykiatrisk vård har minskat totalt inom gruppen, även om två personer hade fler vårddygn efter initiering av GIVP. En person har vid granskningstillfället pågående vård inom sluten psykiatrisk vård. De personer där GIVP genomförts hade *redan innan täta kontakter med fler vårdgivare*. Det vanliga var att initiering av GIVP föregåtts av HVB-placering (kommunen) eller vård inom psykiatri. Tidigare vårdmöten med olika aktörer har ersatts med GIVP.

Samtliga personer har under hela perioden haft tät kontakt med handläggare inom socialtjänsten samt en regelbunden kontakt med den öppna psykiatriska vården och beroendemottagningen. En skillnad som kunde märkas i aktgranskningen vid socialtjänsten var att *klienternas eget deltagande ökade* vid GIVP, jämfört med traditionella vårdmöten.

Implementeringsarbetet i styrgruppen

Styrgruppens roll

Styrgruppen för genomförande av GIVP består av fem företrädare i arbetsledande funktion för socialtjänstens missbruksenhet, socialtjänstens socialpsykiatri, öppna psykiatriska mottagningen samt beroendevårdens landstingsdel och kommunal. Styrgruppen har sammanträtt c:a en gång per månad sedan projektstarten. Planeringen är att fortsätta med styrgruppsmöten under 2008.

Inledningsvis arrangerade man gemensamma planerings- och utbildningsdagar för all involverad personal. Styrgruppen har också utarbetat ett formulär som ska användas vid GIVP-möten. Av formuläret ska det framgå vilka som är närvarande, vad som diskuterats och vilka gemensamma beslut som har fattats. Det undertecknas av alla närvarande och alla behåller sin kopia till nästa GIVP. Vem som helst av samverkansparterna kan sammankalla till ett GIVP-möte. Medlemmarna i styrgruppen har introducerat formuläret på respektive arbetsplatser, inhämtat personalens synpunkter och fört tillbaka dessa till styrgruppen.

Klienten/patienten i fokus

Klientens egen medverkan är viktig i GIVP-arbetet. På sikt är det tänkt att klienten/patienten själv ska leda mötet. En del diskussioner i styrgruppen rörde klientens medverkan och möjligheter att styra vilka som skulle vara närvarande på mötet. Om klienten/patienten inte vill att alla parter ska närvara så faller samverkanstanken. Samtidigt är det viktigt att klienten tillåts styra över mötet. Dilemmat som uppstått kan betraktas som en naturlig del av samverkansarbetet. Idén med GIVP, att alla vårdgivare medverkar måste också delas av klienterna, vilket i en del fall kräver ett motivationsarbete.

Sammanställning av enkätsvar personal

Enkäten innehöll 22 frågor som rörde uppfattningen om betydelse av GIVP och samverkan kring klienterna. Åtta (8) av frågorna har valts ut till utvärderingen (se bilaga) därför att de belyser några viktiga punkter i arbetet: engagemang, tydlighet, arbetsbelastning och kunskap om de olika samverkanparternas kompetens.

Fig. 4

<i>Enheternas samlokalisering</i>
Sollentuna psykiatriska öppenvård SPÖ: Sollentuna sjukhus
Socialpsykiatriska enheten Missbruksenheten kommun, myndighet: Sollentuna kommunhus
Socialpsykiatriska enheten, utförare: Tingsvägen 17, Sollentuna C.
SBM kommunal & SBM landstingsdel: Malmvägen, Sollentuna

SPÖ ligger geografiskt placerad för sig. Beträffande kommunens socialpsykiatriska enhet och kommunens missbruksenhet är myndighetsdelarna samlokaliserade. Utförardelen finns på Tingsvägen, Sollentuna. SBM kommun och SBM landsting är samlokaliserade.

Fig. 5

<i>Populationens fördelning i olika enheter</i>	
Enhet	Antal anställda
Sollentuna psykiatriska öppenvårdsmottagning SPÖ	25
Kommun Socialpsykiatriska enheten utförare	23
Kommun Missbruk-socialpsykiatri myndighet	11
Sollentuna beroendemottagning kommun	6
Sollentuna beroendemottagning landsting	1(2)
Sammanlagt antal	66 (67)*

* Vid andra mättillfället svarade två anställda från SBM Landsting

Svarsfrekvens samt externt bortfall

Tabell 2 visar hur svarsfrekvensen och det externa bortfallet förhåller sig i den studerade populationen. Bortfallet är högt vid bägge mättillfällena, 50% hösten 2007 och 69,5 % våren 2008. det höra bortfallet för med sig att resultaten måste tolkas försiktigt. Ett antagande är att det är de som är mest engagerade i GIVP som har svarat. En annan orsak kan vara att personalens arbetsbelastning har som följd att enkäten inte besvarats.

Fig. 6

Fördelning av enkätens svarsfrekvens och bortfall					
<i>Enhet</i>	<i>Antal anställda</i>	<i>Svarsfrekvens M1</i>	<i>Externt Bortfall M1</i>	<i>Svarsfrekvens M2</i>	<i>Externt Bortfall M2</i>
SPÖ	25	7	18	4	21
Socpsyk kommun-utf.***	23	15	8	11	12
**Missbruk/socpsyk. kommun	11	5	6	3	8
SBM kommun	6	5	1	4	2
SBM Landsting	1(2)*	1	0	2	0
Sammanlagt antal	66	33	33	24	43*
Procent	100%	50%	50%	30,5%	69,5%

*Vid andra mättillfället svarade två anställda på SBM Landsting

** Myndighetsdelen omfattar både missbruk och socialpsykiatri

*** Socpsyk- utf. avser socialpsykiatrin utförarenheten.

SPÖ har i denna tabell störst externt bortfall på 18. Kommunens socialpsykiatriska enhet är den enhet som har bäst svarsfrekvens sett till antalet anställda och har ett bortfall på 8. Detta tillsammans med SBM kommun som har ett bortfall på 1 och SBM landsting som har ett bortfall på 0. Kommunens missbruksenhet har ett bortfall på 6 vilket sett till antalet anställda är mer än 50%. Detta ger ett totalt externt bortfall på 33 och även en svarsfrekvens på 33. Omräknat till procent ger detta totalt externt bortfall på 50% och en svarsfrekvens på 50%.

Fig.7

Anser du att målen för arbetet enligt GIVP är tydliga eller otydliga?												
Fråga Nr 7	SPÖ %		Socpsyk - utf. Kommun%		Missbr/socpsyk. Kommun%		SBM Kommun%		SBM SSL %		Samtliga %	
	M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2
Mkt tydliga	0	0	16	0	0	0	20	0	0	50	10	0,5
Gan tydliga	14	75	50	90	60	0	60	100	0	50	47	75
Varken eller	72	25	25	10	40	33,5	20	0	0	0	37	12
Gan otydliga	14	0	9	0	0	66,5	0	0	0	0	6	10
Mkt otydliga	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Internt bortfall	0	0	20	0	0	0	0	0	0	0	9	0

Den övervägande majoriteten menade att målen var ganska tydliga. Den andelen hade ökat vid andra mättillfället. Uppfattningen om tydlighet hade stärkts för SPÖ, medan svaren vid missbruksenheten socialtjänsten tyder på att tydligheten med målen var lägre vid andra mättillfället.

Fig. 8

Anser du att det är viktigt eller inte viktigt att samverka med andra enheter i ett klientarbete?												
Fråga Nr 19	SPÖ %		Socpsyk- utf. Kommun%		Missbr /socpsyk. Kommun%		SBM Kommun%		SBM SSL %		Samtliga %	
	M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2
Mkt viktigt	71	100	93	82	100	100	100	100	100	100	91	92
Ganska viktigt	0	0	7	9	0	0	0	0	0	0	3	4
I vissa fall	29	0	0	9	0	0	0	0	0	0	6	4
Ej så viktigt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ej alls viktigt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Internt bortfall	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	1	0

En övervägande majoritet anser vid bägge tillfällena att det är viktigt att samarbeta med andra enheter. Viss tveksamhet som kunde tolkas för svaren från SPÖ vid första mättillfället hade ändrats till uppfattningen ”mycket viktigt” vid andra mättillfället.

Fig. 9

Hur anser du att graden på din egen arbetsbelastning ser ut?												
Fråga Nr 16	SPÖ %		Socpsyk- utf. Kommun %		Missbr/soc psyk Kommun %		SBM Kommun%		SBM SLL %		Samtliga %	
	M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2
Mkt hög	14	25	7	10	0	0	0	0	0	50	6	10
Ganska hög	72	50	57	54	80	33,5	60	100	0	0	63	54
Lagom	14	25	36	36	20	66,5	40	0	100	50	31	36
Ganska låg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mkt låg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Internt Bortfall	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	3	0

Mellan mättillfällena var det ingen större skillnad i hur personalen upplevde arbetsbelastningen. De flesta markerade att de upplevde belastningen som ganska hög. Ca 1/3 ansåg att arbetsbelastningen var lagom. Fördelningen är liknande vid alla arbetsplatserna.

Fig. 10

Anser du att den enhet som du tillhör är engagerad eller oengagerad i samarbetet?												
Fråga Nr 8	SPÖ %		Socpsyk- utf. Kommun%		Missbr/socpsyk. Kommun%		SBM Kommun%		SBM SSL %		Samtliga %	
	M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2
Mkt engag	14	0	43	55	40	100	40	75	100	50	38	58
Ganska engag	14	25	57	36	40	0	60	25	0	50	44	30
Till viss del	58	75	0	9	20	0	0	0	0	0	16	8
Ganska oengag	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4
Mkt oengag	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Internt Bortfall	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	3	0

Uppfattningen att den egna enheten var mycket engagerade hade ökat mellan de bägge mättillfällena.

Fig. 11

Anser du att de övriga enheterna som din enhet samarbetar med är engagerade eller oengagerade i samarbetet?												
Fråga Nr 9	SPÖ %		Socpsyk- utf. Kommun%		Missbr/socpsyk Kommun%		SBM Kommun%		SBM SLL %		Samtliga %	
	M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2
Mkt engag	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ganska engag	29	50	50	64	40	100	50	75	100	50	45	66,5
Till viss del	42	50	43	36	60	0	50	25	0	50	45	33,5
Ganska oengag	29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0
Mkt oengag	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	4	0
Internt bortfall	0	0	7	0	0	0	20	0	0	0	6	0

Vid första tillfället menade de som svarat att de andra aktörerna var lika delar ganska engagerade eller till viss del engagerade. Vid det andra tillfället menade 2/3 av de övriga var ganska engagerade och 1/3 att de endast var engagerade till en viss del.

Fig. 12

Anser du att du har stor eller liten kunskap om dina olika samarbetspartners yrkesspecifika kunskaper?												
Fråga Nr 12	SPÖ %		Socpsyk- utf. Kommun%		Missbr/socpsyk. Kommun%		SBM Kommun%		SBM SSL %		Samtliga %	
	M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2
Mkt stor	0	0	14	9	20	0	0	0	0	0	9	13
Ganska stor	14	25	21	63,5	40	33,5	40	75	100	100	28	54
Vissa stor/liten	57	25	65	27,5	40	66,5	60	25	0	0	56	33
Ganska liten	29	50	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0
Mkt liten	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Internt Bortfall	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	3	0

De flesta anser att de har ganska stor kunskap om sina samarbetspartners specifika kunskap. Andelen som anser att de har mycket goda kunskaper har ökat mellan mätillfällena.

Fig. 13

I vilken utsträckning anser du att du i ditt arbete har nytta av dina samarbetspartners yrkesprofession i arbetet med en klient?												
Fråga Nr 13	SPÖ		Socpsyk- utf- Kommun%		Missbr /socpsyk. Kommun%		SBM Kommun%		SBM SLL %		Samtliga %	
	M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2
Mkt stor	14	0	43	36	80	100	20	75	0	50	38	40
Ganska stor	0	50	50	28	20	0	80	25	100	0	41	30
Viss utsträckn.	57	50	7	36	0	0	0	0	0	50	16	30
Ganska liten	29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0
Mkt liten	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Internt Bortfall	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	3	0

Vid det andra mättilfället menade 40% att de hade mycket nytta av sina samarbetspartners yrkeskunskap. Högst i det avseendet ligger socialtjänstens missbruksenhet samt SMB kommun och landsting.

Fig.14

Anser du att GIVP är en bra eller dålig modell för samverkan?												
Fråga Nr 17	SPÖ %		Socpsyk- utf. Kommun%		Missbr /socpsyk. Kommun%		SBM Kommun%		SBM SLL %		Samtliga %	
	M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2
Mkt bra	0	25	62	55	60	66,5	40	75	100	100	45	58
Ganska bra	29	25	23	45	40	33,5	60	25	0	0	32	33
Viss bra/dålig	57	25	15	0	0	0	0	0	0	0	19	4
Ganska dålig	14	25	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4
Mkt dålig	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Internt Bortfall	0	0	13	0	0	0	0	0	0	0	6	0

Vid andra mättilfället hade den totala andelen som ansåg att GIVP var en mkt bra /ganska bra metod ökat från 77% till 91%. Andelen som tycker att metoden till viss del är bra/dålig har minskat vid alla enheter.

Sammanfattning av resultatet

GIVP- En inledning av en förändringsprocess

De allra flesta klienter/patienter har efter initiering av GIVP haft ett flertal uppföljande möten. Aktgranskningen visade att GIVP innebar ett intensivt arbete av alla parter. Beträffande vårdkonsumtion (antalet vård dygn i slutenvård) har ingen betydande minskning skett. Det kan förklaras av att starten av GIVP är i ett inledande skede av en process som innebär ett långvarigt arbete. Vård inom slutenvård psykiatrisk vård har minskat totalt inom gruppen, även om två personer hade fler vård dygn efter initiering av GIVP. En person har vid granskningstillfället pågående vård inom slutenvård psykiatrisk vård. Antalet vård dygn inom beroendevård är högre vid uppföljningen. En ökning av slutenvård på grund av avgiftning innebär i de studerade fallen en inledning på en behandlingsprocess.

De personer där GIVP genomförts hade redan innan insatsen täta kontakter med fler vårdgivare. Det var vanligt att initiering av GIVP föregåtts av HVB-placering (kommunen) eller vård inom psykiatri. Tidigare vårdmöten med olika aktörer har ersatts med GIVP. Samtliga personer har under hela perioden haft tät kontakt med handläggare inom socialtjänsten samt en regelbunden kontakt med den öppna psykiatriska vården och beroendemottagningen. En skillnad som kunde märkas i aktgranskningen vid socialtjänsten var att klienternas eget deltagande ökade vid GIVP, jämfört med traditionella vårdmöten.

Målet med samverkan

Svaren på enkäten till personalen visade att den övervägande majoriteten menade att målen var ganska tydliga. Den andelen hade ökat vid andra mättilfället. Uppfattningen om tydlighet hade stärkts för SPÖ, medan svaren vid missbruksenheten socialtjänsten tyder på att tydligheten med målen var lägre vid andra mättilfället.

Arbetsbelastning och engagemang

Mellan mättilfällena var det ingen större skillnad i hur personalen upplevde arbetsbelastningen. De flesta markerade att de upplevde belastningen som ”ganska hög”. Ca 1/3 ansåg att

arbetsbelastningen var lagom. Fördelningen var liknande vid alla arbetsplatserna. En övervägande majoritet anser vid bägge tillfällena att det är viktigt att samarbeta med andra enheter. Viss tveksamhet som kunde tolkas för svaren från SPÖ vid första mättillfället hade ändrats till uppfattningen ”mycket viktigt” vid andra mättillfället. Uppfattningen att den egna enheten var mycket engagerade hade ökat mellan de bägge mättillfällena. Vid första tillfället menade de som svarat att de andra aktörerna var lika delar ganska engagerade eller till viss del engagerade. Vid det andra tillfället menade 2/3 av de övriga var ganska engagerade och 1/3 att de endast var engagerade till en viss del.

Samverkan och kompetens

De flesta anser att de har ganska stor kunskap om sina samarbetspartners specifika kunskap. Andelen som anser att de har mycket goda kunskaper har ökat mellan mättillfällena. Vid det andra mättillfället menade 40% att de hade mycket nytta av sina samarbetspartners yrkeskunskap. Högst i det avseendet ligger socialtjänstens missbruksenhet samt SMB kommun och landsting.

5. Diskussion

Vilken förändring innebär GIVP för de enskilda klienterna?

Projektet tilldelades medel för att initiera ett utvecklingsarbete avseende målgruppen. Vid utvärderingen hade samverkan enligt GIVP-modellen pågått maximalt 1,5 år för de första 15 klienterna. En förändringsprocess som på sikt leder till lägre vårdkonsumtion tar med all sannolikhet längre tid. Flertalet av de studerade ärendena föregicks av vårdplaneringar vid utskrivning från psykiatrisk vård eller behandlingshem för missbruk. Det förekom alltså en hel del vårdplaneringar och nätverksmöten för de aktuella klienterna/patienterna innan GIVP startades. De allra flesta hade också flera uppföljande GIVP. Skillnaden mellan GIVP och tidigare vårdplaneringar är att alla aktörer nu är involverade. I akterna finns också utförligare beskrivningar av gemensamma beslut, planerad och pågående vård samt sociala insatser. I korthet kan man säga att arbetet runt klienterna har intensifierats och det framgår också att klienterna/patienterna själva är mer involverade i den gemensamma planeringen. Det är för tidigt att uttala sig om förändringar beträffande klienternas/patienternas missbruk, psykiska problem och sociala situation, men initieringen av GIVP kan om processen fortsätter, vara mycket betydelsefull för en framtida positiv utveckling.

Hur uppfattas arbetsformen GIVP av de berörda personalgrupperna?

GIVP-modellen i Sollentuna är kollaborativ (Boklund 1995). De organisatoriska förutsättningarna för detta är uppfyllda. De olika personalkategorierna tillför yrkesspecifika kunskaper och det finns en speciell teknologi för samverkan. Denna teknologi/samarbetsform är GIVP-mötet.

Resultaten från personalenkäten hade ett stort bortfall. 50% vid första tillfället och närmare 70% vid andra tillfället. Största bortfallet gällde personalen vid SPÖ. Sollentunas psykiatriska öppenvård (SPÖ) ligger geografiskt placerad på Sollentuna sjukhus. De övriga aktörerna är samlokaliserade. Att SPÖ inte är samlokaliserad kan ha betydelse för bortfallet. Minsta bortfallet hade beroendemottagningen, kommun och landsting. Det är också den enhet som fysiskt arbetar i samma lokaler och är en gemensam administrativ enhet.

Det stora bortfallet gör det svårt att dra några slutsatser utifrån svaren. Avslutningsvis kommer jag ändå, med reservation för bortfallet, att redovisa vad som framkom utifrån enkätsvaren.

Faktorer som försvårar samverkan

Följande faktorer bidrar enligt Danermark & Kullberg (1999) till att samverkan inte fungerar.

- ❖ Oklara mål
- ❖ De professionsspecifika målen och kunskapstraditionerna är för olika
- ❖ Aktörerna har olika ekonomiska intressen
- ❖ De organisationiska strukturerna skiljer sig åt alltför mycket
- ❖ Ansvarsfördelningen är oklar
- ❖ Relationen mellan samverkansaktörerna är för ojämn
- ❖ Den etiska traditionen mellan samverkansaktörerna skiljer sig åt
- ❖ Samordningen är dålig
- ❖ Personalomsättningen är hög
- ❖ Arbetsbelastningen är stor

Projektets mål är att initiera GIVP med syfte att ”den enskilde skall erhålla effektiv och samordnad vård, behandling och omvårdnad av huvudmännen. Dessa insatser skall överensstämma med den enskildes behov. Vidare ska planen bygga på den enskildes medverkan

samt på alla parter delaktighet” (Sollentuna kommun 2006). Enligt enkätsvaren uppfattade personalen att målen var tydliga. Personalomsättningen uppfattades som låg och arbetsbelastningen var enligt svaren ”ganska hög”. Organisatoriska förutsättningar, ansvar och samordning hanterades inom styrgruppen genom att man tog upp och bearbetade problem som framkommit i de olika personalgrupperna. Gemensamma planeringsdagar hade arrangerats i syfte att överbrygga olikheter i kunskap och tradition. Sammanfattningsvis kan man säga att kunskapen om och beredskapen för eventuella hinder var hög inom projektet och man hade valt att genomföra samordningen utan att ändra de organisatoriska och ekonomiska förutsättningarna.

Faktorer som främjar samverkan

Följande faktorer gynnar samverkan (Danermark & Kullberg 1999).

- ❖ Verksamheterna är samlokaliserade till en och samma fysiska byggnad
- ❖ Verksamheterna är organisatoriskt förlagda i samma distrikt
- ❖ Lämpligt uppsatta gränser för huvudmannaskap och funktioner
- ❖ Administration, ledning och finansiering är samordnad
- ❖ Alla nivåer inom de organisationer som deltar ska innefattas i samarbetet
- ❖ Att alla berörda organisationer är engagerade i samarbetet
- ❖ Att man bedriver gemensamma utvecklingsprojekt
- ❖ Att fortbildningen av personalen bedrivs på ett gemensamt sätt

Alla verksamheter finns i samma distrikt, Sollentuna kommun. Endast beroendevården är samlokaliserad, vilket verkar ha positiv betydelse för svarsfrekvensen i enkätundersökningen. SPÖ är den enhet som geografiskt är mest skild från de övriga. Svarsfrekvensen från SPÖ var lägst. Fortbildning i form av gemensam planering har bedrivit under hela projektiden. Alla deltagande organisationer är engagerade på handläggare- och mellanchefernivå. Enligt enkätsvaren uppfattades det egna och de övriga aktörernas engagemang som ökande mellan mätillfällena. Vidare tyckte man också att kunskapen om de övriga aktörernas kompetens var bättre vid det andra mätillfället.

Sammanfattningsvis kan man säga att man i projektet strävade efter att öka engagemanget och kunskapen mellan och inom de olika organisationerna.

6. Litteratur

Berggren, B. (1982). Om samarbete, samarbetsproblem, gränsdragning, konkurrens om makt och ansvar. I: *Psykiatri i omvandling*, bilaga 5. SPRI-rapport 107/1982.

Blom, R., Sandström, U. (2008). *Att samverka med hjälp av Gemensamma Individuella Vårdplaner. En undersökning av ett samverkansprojekt i Sollentuna kommun hösten/vintern 2007*. C-uppsats, Institutionen för socialt arbete, Stockholms Universitet.

Boklund, A. (1995). *Olikaheter som berikar – möjligheter och hinder i samarbetet mellansocialtjänstens äldre och handikappsomsorg, barnomsorg samt individ och familjeomsorg*. Stockholms Universitet, Rapport i socialt arbete nr 71:1995.

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

FOU-Nordväst. (2007). *Gemensam Individuell Vårdplan (GIVP)*. PM, förslag till utvärdering av samverkansmodellen. Sollentuna Kommun.

Gerdner, A., Sundin, Ö. (red) (1998). *Dubbel Trubbel – nya rön och erfarenheter I diagnos och behandling av samtidigt beroende och psykisk störning*. Örebro: Behandlingshemmet Runnagården, SIS.

Hjortsjö, M. (2005). *Med samarbete i sikte – Om samordnade insatser och samlokaliserade familjecentraler*. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.

Piiva, K. & Lobos, C. (2006). *Case management – Utvärdering av en arbetsmetod i samverkan mellan vård och socialtjänst*. Stockholm: Ersta Sköndal Högskola.

Proposition 1990/91:14. *Ansvar för service och vård till äldre och handikappade*.

Socialstyrelsen, (1996). *Psykiskt störda missbrukare*. SoS-rapport 1996:14. Linköpings Tryckeri AB.

Socialstyrelsen, (2007). *Satsning på psykiatri och socialtjänst 2005-2006. Socialstyrelsens uppföljning*. Nr: 2007-103-3. Stockholm: Socialstyrelsen.

Sollentuna kommun, (2006). Tjänsteutlåtande. *Ansökan till länsstyrelsen om utvecklingsmedel till vårdöverenskommelser inom missbrukarvården*. Dnr 2006/67 SN.726. Sollentuna kommun.

SOU 1992:73 *Välfärd och valfrihet*. Psykiatrireformen

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

Åberg, M & Piuva, K. (2008). *Att inte släppa taget. En utvärdering av SAM-TEAMET Ett Case management-projekt i Järfälla och Upplands-Bro. Delrapport 1*, Stockholm: FoU- Nordväst

Enkät gällande utvärderingsprojektet av GIVP i Sollentuna kommun

1. Vilken enhet arbetar du på?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Missbruk Socialtjänsten | <input type="checkbox"/> Socialpsykiatriska enheten Socialtjänste |
| <input type="checkbox"/> SBM Kommun | <input type="checkbox"/> SBM Landsting |
| <input type="checkbox"/> SPÖ | |

2. Ungefär hur ofta medverkar du på möten med övriga samarbetspartners inom GIVP?

- Varje vecka
- Varannan till var tredje vecka
- En gång per månad
- Mindre än en gång per månad
- Aldrig

3. Med vilken/vilka andra enheter har du möten?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Missbruk myndighet | <input type="checkbox"/> Socialpsykiatri myndighet |
| <input type="checkbox"/> SBM Kommun | <input type="checkbox"/> SBM Landsting |
| <input type="checkbox"/> SPÖ | |

4. Hur anser du att samarbetet mellan din enhet och de enheter som ni inte är samlokaliserade med fungerar?

- Fungerar mycket bra
- Fungerar bra
- Fungerar varken bra eller dåligt
- Fungerar dåligt
- Fungerar mycket dåligt

5. Hur anser du att det påverkar samarbetet om de olika enheterna är placerade i samma fysiska byggnad?

- Påverkar mycket positivt
- Påverkar ganska positivt
- Påverkar inte alls
- Påverkar ganska negativt
- Påverkar mycket negativt

6. Hur upplever du att samordningen mellan de olika enheter som ingår i GIVP fungerar?

- Fungerar mycket bra
- Fungerar ganska bra
- Fungerar till viss del
- Fungerar ganska dåligt
- Fungerar mycket dåligt

7. Anser du att målen för arbetet enligt GIVP är tydliga eller otydliga?

- Mycket tydliga
- Ganska tydliga
- Vissa delar är tydliga och andra delar är otydliga
- Ganska otydliga
- Mycket otydliga

8. Anser du att den enhet som du tillhör är engagerad eller oengagerad i samarbetet?

- Mycket engagerad
- Ganska engagerad
- Till viss del engagerad
- Ganska oengagerad
- Mycket oengagerad

9. Anser du att de övriga enheterna som din enhet samarbetar med är engagerade eller oengagerade i samarbetet?

- Mycket engagerade
- Ganska engagerade
- Till viss del engagerade
- Ganska oengagerade
- Mycket oengagerade

10. Anser du att ansvarsfördelningen mellan enheterna är tydlig eller otydlig?

- Mycket tydlig ansvarsfördelning
- Ganska tydlig ansvarsfördelning
- Viss ansvarsfördelning är tydlig och annan är otydlig
- Ganska otydlig ansvarsfördelning
- Mycket otydlig ansvarsfördelning

11. Upplever du att gränserna är tydliga eller otydliga för vad din enhet ska bidra med i arbetet med en klient?

- Mycket tydliga gränser
- Ganska tydliga gränser
- Vissa gränser är tydliga och andra gränser är otydliga
- Ganska otydliga gränser
- Mycket otydliga gränser

12. Anser du att du har stor eller liten kunskap om vilka dina olika samarbetspartners yrkesspecifika kunskaper är?

- Mycket stor kunskap
- Ganska stor kunskap
- Vissa har jag stor kunskap om och andra har jag liten kunskap om
- Ganska liten kunskap
- Mycket liten kunskap

13. I vilken utsträckning anser du att du i ditt arbete har nytta av dina samarbetspartners yrkesproffesion i arbetet med en klient?

- I mycket stor utsträckning
- I ganska stor utsträckning
- I viss utsträckning
- I ganska liten utsträckning
- I mycket liten utsträckning

14. Anser du att det i din arbetsbeskrivning är tydligt eller otydligt formulerat vilka metoder som du ska använda dig av i klientarbetet när det gäller GIVP?

- Mycket tydligt formulerat
- Ganska tydligt formulerat
- Vissa metoder är tydligt formulerade och andra är otydligt formulerade
- Ganska otydligt formulerade
- Mycket otydligt formulerade

15. Anser du att det på din enhet är en hög eller låg personalomsättning?

- Mycket hög personalomsättning
- Ganska hög personalomsättning
- Det är varken hög eller låg personalomsättning
- Ganska låg personalomsättning
- Mycket låg personalomsättning

16. Hur anser du att graden på din egen arbetsbelastning ser ut?

- Mycket hög arbetsbelastning
- Ganska hög arbetsbelastning
- Lagom arbetsbelastning
- Ganska låg arbetsbelastning
- Mycket låg arbetsbelastning

17. Anser du att GIVP är en bra eller dålig modell för samverkan?

- Mycket bra modell
- Ganska bra modell
- Vissa delar är bra och andra är dåliga
- Ganska dålig modell
- Mycket dålig modell

18. Anser du att samverkan mellan enheterna i GIVP - projektet kan förbättras?

- I mycket stor utsträckning
- I ganska stor utsträckning
- I viss utsträckning
- I ganska liten utsträckning
- I mycket liten utsträckning

19. Anser du att det är viktigt eller inte viktigt att samverka med andra enheter i ett klientarbete?

- Mycket viktigt att samverka
- Ganska viktigt att samverka
- I vissa fall är det viktigt att samverka
- Inte så viktigt att samverka
- Inte viktigt alls att samverka

20. Vad tror du att andra enheter anser om din enhets engagemang gällande samverkan?

- Mycket engagerade
- Ganska engagerade
- Vet ej/ingen aning
- Ganska oengagerade
- Mycket oengagerade

21. Vad tror du att andra enheter anser om GIVP som arbetsmodell?

- Mycket bra modell
- Ganska bra modell
- Vet ej/ingen aning
- Ganska dålig modell
- Mycket dålig modell

22. Vad tror du att andra enheter har för kunskap om din enhets yrkesspecifika kunskaper?

- Mycket stor kunskap
- Ganska stor kunskap
- Vet ej/ingen aning
- Ganska liten kunskap
- Mycket liten kunskap

Tack för din medverkan!