



Finansiell samordning mellan
FÖRSÄKRINGSKASSAN SOCIALTJÄNSTEN PRIMÄRVÅRDEN
I samverkan med
LÄNSARBETSNÄMNDEN PSYKIATRIN VUXENUTBILDNINGEN

Livsstil för hälsa i Torslanda

Helena Söderbäck
projektledare

Hisingen 1 maj 2001

Utvärderingsrapport

INLEDNING

Utvärdering har varit ett centralt och integrerat inslag i DELTA-samverkan som bedrivs på Hisingen i Göteborg sedan 1997. Tillsammans med ett drygt tjugotal rapporter utgör denna rapport en del av den lokala utvärderingen av DELTA-samverkan.

Uppdraget

DELTA-samverkan har sin grund i den så kallade SOCSAM-lagstiftningen. SOCSAM är en försökslagstiftning, som medger att resurser från socialtjänst, försäkringskassa och sjukvård läggs samman för att användas för ökad välfärd, effektivare hushållning med de gemensamma resurserna samt ökad professionalitet hos de samverkande organisationernas medarbetare. Försökslagstiftningen upphör i och med årsskiftet 2002/2003.

I sin ansökan om att få bedriva försöksverksamheten preciserade de dåvarande huvudmännen, Göteborgs allmänna försäkringskassa och Göteborgs stad, att man ville bedriva försöket med fokus på grupper i åldrarna 16 till 64 år som inte på effektivt sätt nås av välfärden. Försöket skulle bedrivas i form av avgränsade, gemensamt finansierade delprojekt. I den gemensamma finansieringen skulle sjukvården företrädas av primärvården. I ansökan angavs också att samverkan, utanför den finansiella samordningen, skulle sökas med Länsarbetsnämnden i dåvarande Göteborgs- och Bohus län.

Organiseringen

Försöksverksamheten har bedrivits i enlighet med de givna förutsättningarna. Från och med 1998 har psykiatrin vid länssjukvården inlemmats i samverkan. Vuxenutbildningen har ingått från och med år 2000. Dessa båda har deltagit på samma förutsättningar som Länsarbetsnämnden. Regionbildningen i Västsverige ändrade ägarbilden så att från och med 1999 består ägarna av Västra Götalands allmänna försäkringskassa, Västra Götalandsregionen samt Göteborgs stad.

Två genomgående strategier för DELTA-samverkan bör noteras. Den ena är att varje aktivitet har föregåtts av ett gemensamt kartläggningsarbete, Kunskaps-DELTA. Syftet har varit tvåfald, dels att skapa en gemensam utgångspunkt, dels att från start försöka optimera förhållandet behov – åtgärd. Den andra strategin är att DELTA-samverkan skall ägas lokalt och stötts centralt. Med ”lokalt” skall förstås medarbetarna som i sitt dagliga arbete möter Hisingborna. Det är dessa medarbetare som bäst kan läsa av i vilka avseenden som välfärden fungerar eller inte fungerar och därmed kan vara av intresse för samverkan inom DELTA. Med ”centralt” skall förstås samtliga övriga nivåer inom respektive organisation.

Utvärderingen

Uppdraget att utvärdera SOCSAM-försöken ligger på Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen. Årliga lägesrapporter har lämnats till regeringen. Senast den 1 december 2001 skall en slutrapport lämnas. I denna skall en sammanfattande rapportering och bedömning lämnas. De förhållanden som inte kan rapporteras vid denna tidpunkt skall rapporteras senast den 1 juli 2003.

Parallellt med den nationella utvärderingen har DELTA-samverkans politiska ledning, Beställarförbundet, redan i ett tidigt skede avsatt resurser för utvärdering av DELTA's olika aktiviteter och konsekvenser av dessa. Beställarförbundet har därmed betonat vikten av systematik och konsekvens inte bara i identifiering, start och drift av aktiviteter, utan också i uppföljning med avseende på effekter och resultat för varje aktivitet.

Utvärdering av DELTA's aktiviteter har gjorts i form av självvärdering. Detta har varit ett naturligt val utifrån de två angivna strategierna för DELTA-samverkan. En strävan har även varit att uppföljning och utvärdering skall utvecklas till att bli en naturlig och integrerad del i arbetet. Varje aktivitet har därmed ägt sin egen utvärdering. DELTA's nätverk för utvärdering, sammansatt av representanter för ägarna och från olika institutioner eller motsvarande vid västsvenska högskolor och universitet, har lämnat riktlinjer för utvärderingsarbetet. Två representanter från universitetet har fortlöpande lämnat metodologiskt stöd till varje aktivitet. Varje aktivitet har uppmanats att skaffa en medbedömare som i slutskedet har gjort en så kallad kollegiebedömning av den då nästan färdiga rapporten.

Under arbetets gång har en gemensam struktur arbetats fram. Innebörden i denna är att varje aktivitet skall redogöra för sina förutsättningar, sin process och sina effekter/resultat. Dessa tre perspektiv skall anläggas på dels de Hisingebor som deltagit i aktiviteten, dels aktivitetens medarbetare, dels berörda organisationer. På detta sätt erhålls en matris med nio kombinationer. Olika instrument/redskap har använts för att beskriva och värdera innehållet i respektive kombination. Exempel är dagbok, enkäter, fokus grupper, loggbok och EuroQol. Såväl individnivå som strukturer har belysts. I respektive rapport beskrivs det tillvägagångssätt som använts. En ambition har varit att inte enbart beskriva vad som åstadkommit och hur detta gjorts, utan även att reflektera över varför olika val och ställningstaganden gjorts

Det har varit angeläget att komplettera utvärderingen av varje aktivitet med värderingar av DELTA-samverkans effekter på dels respektive hemmaorganisation, dels samhällsekonomin. Detta har gjorts i särskilda studier. DELTA som lärande organisation har också studerats. Dessa tre studier har genomförts av representanter från högskola/universitet i DELTA-samverkans nätverk för utvärdering. Slutligen har en studie av läkemedelsförskrivningen vid Hisingens vårdcentraler genomförts.

Samtliga ovanstående utvärderingar är daterade 1 maj 2001. Under perioden fram till 1 augusti 2001 kommer sammanfattande utvärderingar att göras. En är en värdering av utvärderingen av DELTA-samverkan. En annan är en sammanfattande diskussion av de rapporter som lämnas den 1 maj 2001. Dessa båda rapporter tas fram av utvärderingsnätverkets medlemmar från universitet och högskola. De av nätverkets medlemmar som representerar huvudmännen, kommer att beskriva och värdera DELTA's arbete med utvärdering ur ett huvudmannaperspektiv. Slutligen kommer en rent beskrivande rapport att tas fram i syfte att redogöra för uppbyggnad, strategier etc för DELTA-samverkan.

I enlighet med grundprincipen för DELTA-samverkan ansvarar varje projektledare för sin rapport. Projektledarna har haft fortlöpande avstämningar med sina respektive styrgrupper, inklusive projektansvarig.

Hisingen 1 maj 2001

Johan Jonsson
Verkställande tjänsteman
Beställarförbundet DELTA på Hisingen

Sammanfattning

Den här utvärderingen beskriver de åtta första månaderna av ett projekt, där hela personalgruppen varit samlad under tre månader. Metoden som används är självvärdering, vilket i det här fallet innebär att projektledaren i samråd med arbetsgruppen gör en subjektiv bedömning av verksamheten.

Vi vill sammanfatta vårt arbete hittills och dra slutsatser av det inför projektets fortsättning. Vi vill också förmedla kunskap och erfarenheter till andra projektgrupper som befinner sig i inledningen av ett projektarbete.

Utvärderingen handlar om projektet, dess bakgrund och mål men också om de många olika arbetsuppgifter som ska utföras när man startar ett projekt. I utvärderingen beskrivs några av de processer som pågått parallellt under den här tiden.

Mål - målgrupp:

Projektet syftar till att förbättra upplevd hälsa hos torslandaborna. Vårt arbete grundar sig på teorin om salutogenesen och vår uppgift är att ge människor egna verktyg så att tillvaron ter sig meningsfull, begriplig och hanterbar. Vi ska arbeta både primärpreventivt och sekundärpreventivt. Arbetet syftar till att undvika eller förkorta sjukskrivningar och att minska bidragsberoendet för individen. Den målgrupp vi har valt att arbeta med utgörs av kvinnor och män i åldern 16-64 år bosatta i Torslanda.

Vad är unikt med det här projektet?

Det unika är att man synliggör det förebyggande och hälsofrämjande arbetet i stadsdelen, både inom sjukvård och socialt arbete, genom att sammanföra delar av ordinarie verksamheter. Därigenom återfinns professionerna i ett nytt sammanhang, där de inte förknippas med myndighetsutövning eller sjukvårdande behandling. För att ytterligare förstärka och förtydliga att den här verksamheten ska arbeta förebyggande och hälsofrämjande, har den förlagts till egna lokaler helt fristående från sjukvård och socialtjänst. Inom "Livsstil för hälsa" ska vi arbeta både på grupp och individnivå.

Deltagarna kan komma till projektet direkt på eget initiativ, eller på hänvisning från någon av våra samverkanspartners.

Resultat- slutsats

Som sammanfattande slutsats av den här utvärderingen vill vi förmedla några tips och råd till projektgrupper som ska påbörja ett arbete som liknar vårt.

- Investera mycket tid i ett gemensamt synsätt på projektets olika delar.
- Dokumentera mycket! Det är bra för fotfästet.
- Arbeta med förankring hela tiden. Varje medarbetare är projektets ambassadör.
- Det är värdefullt att ge tid för reflektion i det inledande planeringsarbetet. Det går inte att göra förarbetet i efterhand!
- Var kreativ, lyhörd, tålmodig, målmedveten, initiativrik och flitig. Behåll lugnet!
- Ett hinder för samverkan utgörs av den arbetsituation som de anställda i de olika verksamheterna befinner sig i pga hög arbetsbelastning
- Vi anser det som högst sannolikt att om projektets resurser hade fördelats mellan de olika samverkande myndigheterna så skulle de ha använts för att göra mer av det som redan görs. Inte för att utveckla det förebyggande och hälsofrämjande arbetet.
- Samhällets kostnader för sjukförsäkringen ökar drastiskt. Det kommer att krävas politisk vilja och enighet när det gäller att omfördela resurser för att kunna arbeta förebyggande och hälsofrämjande. Det är just det som börjat ske i det här DELTA-projektet. Vi är övertygade om att det är möjligheten till finansiell samordning som möjliggjort den här arbetsmodellen för samverkan idag.

1. Bakgrund

1.1 Stadsdelen

1.2 Problemområde

1.3 Projektets ursprung

2. Projektets mål

3. Målsättning med den här utvärderingen

3.1 Syfte

3.2 Mål

3.3 Metod

4. Resultat av utvärderingen fas 1

4.1 Personalrekryteringen

4.2 Utbildning

4.3 Lokalen

4.4 Att definiera målgruppen

4.5 Vad vi ska erbjuda inom projektet

4.6 Att skapa samverkansformer

4.7 Att informera allmänheten

4.8 DELTAs kontoplan tid /resursfördelning

4.9 Besöksstatistik

5. Målet med utvärderingen i fas 2

5.1 Syfte

5.2 Datainsamling

5.2.1 Effekter för individerna

5.2.2 Beskrivning av process/ metod/ arbetssätt

6. Reflektioner / slutsatser

1. Bakgrund

1.1 Stadsdelen

Stadsdelen Torslanda införlivades med Göteborgs stad 1967. Till ytan är Torslanda den största stadsdelen i Göteborg och området består till stor del av gammal jordbruksbyggd. Idag präglas stadsdelen av snabb expansion. Inflyttningen beräknas under de kommande åren att uppgå till ca 700 individer / år. Torslanda har drygt 18000 invånare och majoriteten av de ca 6500 hushållen utgörs av barnfamiljer.

Andelen utländska medborgare i stadsdelen är 3 %. Motsvarande siffra för Göteborgs stad är 9,5 %. En stor del av bostäderna (88%) utgörs av småhus. Förvärvsintensiteten i Torslanda är den högsta bland stadsdelarna i Göteborg. I Torslanda förvärvsarbetar 70,3 % av männen och 66,1 % av kvinnorna, för hela Göteborg är genomsnittet 52,7 % respektive 47,4 % .

Vad beträffar utbildningsnivå i åldersintervallet 16-64 år avseende grundskola, gymnasium, och eftergymnasial utbildning så föreligger det ej någon större skillnad mellan könen. Viss skillnad föreligger i att fler kvinnor har tvåårigt gymnasium som högsta utbildningsnivå och att något fler män har treårigt gymnasium som högsta utbildningsnivå. (Statistik om SDN, Göteborgs stad, 1998)

I jämförelse med Göteborg är ohälsotalet i Torslanda är lågt.

1.2 Problemområde

Mycken ohälsa är förknippad med livsstil och miljö. Sociala förhållanden, traditioner, normer, kön och grupptillhörighet är exempel på faktorer som påverkar vårt val av livsstil och därmed vår hälsa (1-9). De sk samsjukdomarna eller tillitsbristsjukdomarna har blivit ett allt större folkhälsoproblem. Dessa sjukdomar yttrar sig exempelvis i sömnsvårigheter, oro, depression, huvudvärk, ledvärk, ångslan, oro, magbesvär, koncentrationssvårigheter eller onormal trötthet. Kris, stress och utbrändhet är termer som ofta används vid dessa tillstånd. Vid den inventering som gjordes vid Torslanda Vårdcentral (VC) i samband med den lokala DELTA-gruppens arbete i stadsdelen, fann man att kategorin yrkesarbetande kvinnor med små barn var en grupp som sökte för sk tillitsbristsjukdomar i större utsträckning än andra. Inom VC upplevdes att resurserna inom den egna organisationen var otillräckliga för omhändertagandet av individer med den symptombild som beskrivs ovan. Man antog också att många av dessa tillstånd hade kunnat förhindrats eller mildrats med tidigare insatser.

Ekonomisk stress är en faktor som har stor inverkan på människors hälsa och livsvillkor (10). Effekten av att leva under ekonomisk stress uppmärksammades under inventeringen både vid vårdcentralen och inom socialtjänstens Individ och familjeomsorg (IoF). Även inom detta område kunde man i flera fall inom socialtjänsten konstatera att tidigare insatser skulle ha förhindrat uppkomsten eller mildrat effekterna av ekonomiska problem.

1.3 Projektets ursprung

Hur dessa tidiga och förebyggande insatser skulle se ut diskuterades i den lokala DELTA -gruppen. Man enades om att arbetet inom projektet skulle utgå från teorin kring salutogenesen som utarbetats av Aaron Antonovsky , professor i medicinsk sociologi (11,12). Han menar att det är av stor betydelse för människan att tillvaron ter sig begriplig, meningsfull och hanterbar. Han menar också att individens känsla av sammanhang (KASAM) är av stor betydelse för att hon ska må bra. Ordet salutogenes kommer från latinets salus (hälsa) och grekiskans genesis (uppkomst).

När organisationen för folkhälsoarbetet i Göteborgsstad förändrades i samband med ett beslut i kommunfullmäktige juni 1997, lades ansvaret för folkhälsofrågor ut till stadsdelsnämnderna. I Torslanda bildades ett lokalt Hälsoråd. Där ingår stadsdelschefen, samtliga verksamhetschefer inom SDF, chefen för vårdcentralen, skolläkaren, distriktssköterskan,

chefen för folktandvården, polisen, planeringsledare och numera även utvecklingsledare och projektledaren för DELTA- projektet.

Hälsorådet samarbetade med den lokala DELTA gruppen när tankarna och idéerna kring det förebyggande och hälsofrämjande arbetet i stadsdelen tog form. Projektets mål utgår från Torslanda hälsoråds vision för folkhälsoarbete.

2. Projektets mål

För de individer som får ta del av projektets utbud på individnivå är vårt mål att förbättra upplevd hälsa.

Genom att pröva nya arbetsmetoder och samverkansformer mellan de olika samverkande myndigheterna ska vi arbeta med att förebygga ohälsa utifrån de behov som finns hos lokalbefolkningen. Vårt arbete grundar sig på teorin om salutogenesen (hälsans ursprung) och vår uppgift är att ge människor egna verktyg så att tillvaron ter sig meningsfull, begriplig och hanterbar. Vi ska arbeta både primärpreventivt (förhindra sjukdomsuppkomst) och sekundärpreventivt (förkorta en sjukdoms varaktighet och minska dess konsekvenser). Arbetet syftar till att undvika eller förkorta sjukskrivningar och att minska bidragsberoendet för individen.

3. Utvärdering av perioden maj- december 2000 (fas 1)

3.1 Syfte

Projektarbetet befinner sig i en inledningsfas och syftet med den här utvärderingen är att beskriva bakgrund, problemområde och några av de processer som ingått i projektets start.

3.2 Mål

Vi vill sammanfatta lärdomar för projektets fortsättning och samtidigt förmedla kunskap och erfarenheter till andra projektgrupper som befinner sig i den här fasen.

3.3 Metod

Metoden som används är självvärdering och det innebär i vårt fall att projektledaren i samråd med anställda i projektet gör en subjektiv värdering av sin verksamhet. Självvärderingen kopplas samman med en extern bedömning.

Vi har använt oss av:

- projektansökan för att få bakgrunds fakta, formulera mål, definiera målgrupper, arbetsmetoder och samverkansformer
- egna sammanställningar, med utgångspunkt från arbetsanteckningar, för att kvantifiera antalet deltagare, lyfta fram frågeställningar och beskriva hur deltagarna nått oss
- ekonomiska uppföljningsrapporter för att följa upp budget och resursfördelning
- loggbok för att följa vilka möten vi har och hur många
- dagbok (skriven av projektledaren) för reflektion över arbetet
- dokumentationsgenomgång för kvalitativ analys och reflektion

Hur projektets slutliga utvärdering ska göras (fas 2), beskrivs under särskild rubrik.

4. Resultat av utvärderingen fas 1

4.1 Personalrekryteringen

Projektledaren tillträdde sin tjänst 2000-05-01 och rekryteringsprocessen inleddes omgående. Tre tydliga målsättningar fanns med i rekryteringsprocessen.

1. Gruppen skulle innehålla båda könen
2. Hög kompetens
3. Gedigen yrkeserfarenhet

Under rekryteringsprocessen av personal till projektet hade projektledaren mycket gott stöd av stadsdelsförvaltningens personalavdelning.

Anställningsintervjuerna hölls av projektansvarige chefen för IoF och projektledaren tillsammans.

Tabell 1. Personalsammansättning i projektet

Befattning	Kön	Ålder	Utbildning-bakgrund
Projektledare 1.0	Kvinna	43	Distriktstandläkare.
Hälso pedagog 1.0	Kvinna	35	Siukgymnast.
Ekonomisk rådgivare	Kvinna	58	Socionom
Kurator 0.5	Kvinna	47	Socionom
Familjeterapeut 0.75	Man	47	Psykiater

I den ursprungliga projektansökan fanns också en läkare och en friskvårdskonsulent i projektgruppen. Oklara ekonomiska förutsättningar, sparbeting och förväntade rekryterings svårigheter av läkare vid projektets start gjorde att dessa tjänster inte tillsattes. Beslutet togs i styrgruppen.

Projektledaren rekryterades från Folk tandvården och har arbetat som distriktstandläkare och klinikchef inom stadsdelen 15 år. Både kurator och ekonomisk rådgivare kom från IoF inom stadsdelsförvaltningen i Torslanda.

Familjeterapeuten rekryterades från en annan stadsdel i Göteborg och hälso pedagogen arbetade tidigare vid Arbetsrehab centrum. Samtliga personer som anställdes i projektet har lång yrkes-erfarenhet. De tre personer som rekryterats externt har alla fått tjänstledigt från sina ordinarie befattningar för att arbeta med DELTA- projektet. Projektet var bemannat enligt planerna from okt-2000.

4.2 Utbildning

En av de första arbetsuppgifterna som projektledaren startade med, parallellt med rekryteringsprocessen, var att planera en gemensam utbildning i teorin kring salutogenesen bland de anställda i olika verksamheter i stadsdelen. Så inleddes ett samarbete med Nordiska Hälsovårdshögskolan, NHV, i Göteborg.

Under två dagar i december 2000 deltog stadsdelnämndens ordförande och 51 tjänstemän inom olika verksamheter i stadsdelen Torslanda, även försäkringskassan, folk tandvården och primärvården, i en gemensam utbildning vid Nordiska Hälsovårdshögskolan.

I syfte att skapa ett gemensamt synsätt samlades man kring ämnet ” *Folkhälsans nya kläder* ” - Instrument för det framtida hälsofrämjande arbetet med salutogenes och livskvalitet i fokus. Föreläsare: Bengt Lindström, barnläkare, MD, universitetslektor

Utbildning:

NHV 2 veckor "Genus kön och hälsa"	hela gruppen
Focusgrupps utbildning 1 dag	projektledaren
Hälsoprofilbedömning 1 vecka	hälsopedagogen
Mat, miljö och hälsa 1 dag	projektledaren
Skrivarkurs 2 dagar	kurator, ekonomisk rådgivare
Salutogenes-Folkhälsans nya kläder	52 personer från stadsdelen. Olika verksamheter representerade.

4.3 Lokalen

Det fanns en tanke med att etablera den nya verksamheten i en egen lokal centralt belägen vid Torslanda Torg. Härigenom skulle arbetet med att profilera det förebyggande och hälsofrämjande arbetet i stadsdelen underlättas. När hela gruppen var på plats i augusti månad kunde arbetet med att iordningställa DELTA lokalen till en funktionell arbetsplats utifrån våra arbetsuppgifter och behov starta. Gruppen var inte större än att alla kunde delta i utrustningsarbetet och vi varvade praktiskt och teoretiskt arbete. Inrednings/utrustningsarbetet pågick hela hösten i olika perioder. Det tog mycket tid i anspråk men gav oss också tillfälle att lära känna varandra i gruppen

4.4 Att definiera målgruppen

I förarbetet till projektansökan hamnade fokus på tre grupper i lokalsamhället som antogs ha en livsstil som kunde påverka hälsan i negativ riktning. Dessa grupper som skulle ha företräde till projektets verksamheter var:

- Deltidsarbetande kvinnor
- Förvärvsarbetande småbarnsmammor
- Småföretagare

I projektgruppen och styrgruppen diskuterades intensivt huruvida dessa tre grupper skulle lyftas fram under förankringsarbetet/ marknadsföringen.

Det kunde finnas risker med att göra det:

- Vi skulle missa alla som inte tillhör de tre grupperna
- Inga siffror fanns framtagna i förarbetet som gjorde att vi kunde vara säkra på att de tre grupperna är de som skulle ha störst nytta av projektet
- Bristfällig metodbeskrivning över hur urvalet av de tre grupperna hade ägt rum
- Det fanns brister i den befintliga definitionen av målgrupperna, som ökade osäkerheten.

Det kunde också finnas fördelar:

- Urvalet skulle bli mindre
- Lättare att göra prioriteringar

Diskussionerna kom mycket att handla om formuleringarna i projektansökan. Det framkom vissa oklarheter och otydligheter i uppdraget och vi fick lägga tid på att tolka och förtydliga. Som exempel kan nämnas diskussionen kring förebyggande arbete kontra rehabiliterande insatser. Från DELTAs sida har man klart sagt att detta inte ska vara ytterligare ett projekt med uppdraget

"tidig och samordnad rehabilitering" utifrån de vårdcentralsbaserade projekt som redan finns. I projektansökan talas dock om både förebyggande och rehabiliterande insatser. Vi kunde enas om att vår strävan är att arbeta primärpreventivt men att projektet med största sannolikhet kommer att ha inslag av sekundärprevention.

Efter många diskussioner valde vi att gå ut till den större övergripande målgruppen i inledningsskedet av projektet, dvs kvinnor och män i åldern 16-64 år bosatta i Torslanda.

Målgruppen omfattar på så sätt 2/3 av Torslandas befolkning, ca 12000 personer. I utvärderingen ska vi speciellt följa hur de tre ursprungliga målgrupperna som skulle ha företräde till projektet, omfattas av åtgärderna.

4.5 Vad vi ska erbjuda inom projektet

Inom "Livsstil för hälsa" ska vi arbeta både på grupp och individnivå.

När vi har planerat vad vi ska arbeta med och erbjuda Torslandaborna, så har vi utgått från projektansökan, yrkeskompetensen i gruppen och de behov som socialtjänsten, primärvården och hälsorådet sett i sina respektive verksamheter. Försäkringskassan har deltagit i den här planläggningen genom sin representant i styrgruppen.

I Torslanda bor många barnfamiljer och vi vet att det finns ett behov bland föräldrarna att lära sig mer om föräldraskapet och att utbyta erfarenheter.

Våra första insatser rörde följaktligen detta område. Personalen vid förskolorna i stadsdelen befanns vara nyckelpersoner med avseende på de målgrupper som finns i projektet. Därför har information om projektet ägt rum på en arbetsplatsträff vid varje förskoleenhet för att vi ska nå ut till föräldrarna. Dessa informationer har haft betydelse för projektutvecklingen eftersom personalen gett respons på den information de fått.

Här följer en redogörelse av aktiviteterna som vi planerat under hösten och som kommer att erbjudas/ genomföras genomföra under vt 2001. Till föreläsningarna krävs ingen anmälan och till övriga aktiviteter anmäler man sig per telefon.

Föreläsningar

Vi planerar att genomföra 4 offentliga föreläsningar under våren .

- Tidsverkstaden- Om tiden och vad vi gör med den.
- Stress hos barn och vuxna- Ämnet behandlas ur olika perspektiv.
- Att sätta gränser- Föreläsning för ökad förståelse hur vi kan sätta gränser utan att kränka eller hämma barnet i dess utveckling till självständiga individer.
- I huvudet på en tonåring- om konsten att bli en bra tonårsförälder

Föräldrautbildning

Utbildning där 20 föräldrar får möjlighet att under ledning av en barnpsykolog diskutera och samtala kring ämnet "Att vara förälder idag".

Ekonomisk rådgivning

Den ekonomiska rådgivning som vår ekonomiska rådgivare erbjuder ska skapa goda cirklar och ha en annan inriktning än den som ges av banker och finansbolag. Rådgivaren kommer att inrikta sig på rådgivning som gäller vardagsekonomin. Denna hushållsekonomiska rådgivning syftar dock inte enbart till att rehabilitera trassliga ekonomier i enskilda hushåll utan även till att förebygga ekonomiska problem i hushållen framöver.

Vidare ska rådgivaren enligt skuldsaneringslagen handlägga sk steg 1- ärenden samt tillhandahålla råd och stöd i ansökningsförfarandet till skuldsanering steg 2 (kronofogden) samt steg 3 (domstol).

Samtal

I projektet arbetar en kurator och en familjeterapeut. De erbjuder samtal enskilt eller i grupp utifrån olika infallsvinklar och frågeställningar. Det kan exempelvis handla om parrelation, föräldraroll, familjesituation, självkänsla, livskriser, stress eller kanske hela livssituationen.

Samtalsgrupper

Kvinna och stressad?

Tidsverkstaden - för människor som tror på ett liv före döden.

Åtgärder för den fysiska hälsan

- **Lugn genom Avspänning**
- **Kom - igång jympa**
- **Kurs i Balans och Rörelse**
- **Frisk-vikt Kurs**
- **Hälsoprofilbedömning**
- **Rökavvänjningsgrupp**
- **Ergonomi**
- **Hälsans stig -" Sätt Torslanda i rörelse"**

4.6 Att skapa samverkansformer

Projektet har förarbetats och förankrats i olika grad bland de professionella inom de samverkande myndigheterna som utgörs av primärvården, socialtjänsten och försäkringskassan (FK). Vid starten var medvetenheten om projektet tydligast inom IoF. En orsak till detta kan vara att projektansvarige chefen inom IoF varit mycket aktiv i förarbetet, och att personalomsättningen på BVC och VC gjort att viktiga nyckelpersoner i förankringsarbetet försvunnit.

Vi har arbetat mycket med förankring inom de olika verksamheterna. Det har inneburit många möten och många samtal.

Under perioden maj – november 2000 informerades om projektet vid ca 30 tillfällen och projektledaren deltog under samma period i 126 möten.

Styrgruppen

Styrgruppen har haft samma medlemmar sedan starten:

Chefen för IoF tillika projektansvarig, handläggare från Försäkringskassan, chefen för vårdcentralen och projektledaren. Styrgruppen har fungerat mycket bra och sammanträtt en gång i månaden. Arbetet i styrgruppen har präglats av stort engagemang, god planering och bra kommunikation. Samtliga möten har protokollförts.

Styrgruppen har en oerhört viktig roll som förbindelse in i de olika verksamheterna. Genom styrgruppen legitimeras projektets arbete och styrgruppens förhållningssätt till samverkan är av avgörande betydelse för hur förutsättningen för samverkan blir. Det är viktigt att styrgruppen kontinuerligt återrapporterar till hemorganisationen och möjliggör möten mellan de anställda i projektet och de anställda i de samverkande organisationerna. Vi börjar hitta formen för detta arbete nu.

Försäkringskassan

Försäkringskassan (FK) ligger 15 km från Torslanda och vi tror att den geografiska placeringen är en bidragande orsak till att just FK är den av våra ägare som varit svårast att etablera kontakt med. En annan orsak kan vara den arbetsbelastning som fn råder inom organisationen. I försäkringskassans uppdrag ingår att arbeta mer med förebyggande åtgärder, men idag prioriteras inte det arbetet. Det första mötet med FK ägde rum i början av december då tre av fem tjänstemän som handlägger ärenden från Torslanda besökte oss. Fram till dess hade vi kontakt via representanten i styrgruppen.

Primärvården

Vi deltar i föräldrargrupperna på BVC, en insats som vi vill utveckla mer. Vi planerar att utöka samarbetet med MVC för att nå de blivande föräldrarna tidigt. Ett observandum är här att man på MVC uppmärksammat ett ökande behov av stöd till omfödreskor. Med tanke på att yrkesarbetande mammor med små barn är en prioriterad målgrupp så är detta samarbete mycket viktigt. Vi har dessutom ordnat träffar för tvillingföräldrar i syfte att skapa nätverk. Den personalförändring som ägde rum på vårdcentralen (VC) innebar att förankringsarbetet fick startas om på nytt. De två nyckel personerna som varit med och arbetat i den lokala DELTA - gruppen (chefen för VC och en av sköterskorna på BVC) var inte längre kvar på vårdcentralen vid tiden för projektets start. Arbetsbelastningen på vårdcentralen, mödravårdscentralen och barnavårdscentralen är sådan att det är svårt att få ta tid på deras möten för att tala om vår verksamhet. Därför kommer förankringsarbetet och arbetet med att hitta rätt samverkansformer att ta tid. Vi har kommit fram till att det är bra att träffa varje personalkategori för sig och det har vi också gjort under hösten. Vi har gemensamt med läkarna valt att arbeta med ett hänvisningsförfarande istället för remisshantering för att erbjuda patienter från primärvården åtgärder inom projektet. Dels för att undvika onödig administration, dels för att poängtera att vi inte arbetar med sjukvårdande behandling och/eller myndighetsutövning.

Exempel på förväntad positiv samverkan med VC

Kvinnan söker VC för besvär med trötthet, sömnsvårigheter och tryck över bröstet. Efter medicinsk undersökning konstateras att kvinnan är fysiskt frisk. Vid samtal med läkaren framkommer att kvinnan oroar sig mycket över sin familjesituation med en tonåring som hon är på väg att förlora kontakten med och ett äktenskap som "går på sparkarna". Hon funderar mycket på om den ansträngda ekonomi som familjen haft under flera år, och som tvingat henne och hennes man att arbeta många timmar i den egna firman, kan vara orsaken till hennes oro och till den dåliga relationen med maken.

Läkaren berättar om Livsstil för hälsa och uppmanar henne att ringa oss för att få ett besök hos familjeterapeuten eller kuratorn. Patienten oroar sig för kostnaderna i samband med besöken hos oss och läkaren upplyser då om att besöket hos oss är avgiftsfritt. Patienten kontaktar oss.

Inledande samtal mellan kvinnan och kuratorn för att tala om kvinnans livssituation. Senare träffar hela familjen (även tonåringen) familjeterapeuten och kuratorn tillsammans. Man beslutar sig för att fortsätta samtalen i den konstellationen men också att återta kontrollen över sin ekonomi genom råd och stöd från vår ekonomiske rådgivare.

Vad kan vi ha uppnått med den här insatsen? Kvinnan fick möjlighet att ta kontrollen över sitt liv. Hon kunde tillsammans med en utomstående person sätta ord på sin oro och sedan prioritera vilka problem som behövde lösas och själv komma fram till möjliga vägar. Detta gav henne sömnen, orken och livslusten åter.

Vi uppnådde: utebliven sjukskrivning, ett ev socialbidragsberoende. En hel familj som efter en tid bytte boende och ändrade sina arbetsförhållanden så att det blev tid att möta en krävande tonåring.

Exemplet ovan är konstruerat och *inte* ett ärende ur verkligheten.

Socialtjänsten

Inom IoF och stadsdelsförvaltningen var projektet väl förankrat.

Projektgruppen deltar i arbetsplatsträffarna på IoF var 14:e dag. Där finns möjlighet att återkoppla direkt och att ta upp gemensamma frågor. Inom IoF finns en Förebyggargrupp som har sin verksamhet förlagd till skolorna, MVC , BVC samt inom Kultur och Fritid. Gruppen arbetar med barn och tonåringar som i och för sig faller utanför vår målgrupp åldersmässigt,

men där vi ser en stor möjlighet till samarbete och samverkan kring familjerna. Även här används ett hänvisningsförfarande som kräver uppföljning under det kommande året.

Exempel på förväntad positiv samverkan med socialtjänsten

Inom förebyggargruppen har man i sitt arbete på högstadiet kommit i kontakt med en tonåring som är involverad i omfattande skadegörelse i stadsdelen. I samtal med föräldrarna framkommer att familjen under en lång tid haft det besvärligt med sin ekonomi och att det påverkat relationerna inom familjen. Mannen i familjen har också ont i ryggen, men har arbetat ändå om än i något mindre omfattning. Han har egen firma och har varit tvungen att ta färre uppdrag.

Från Io F berättar man om Livsstil för hälsa. Paret tar kontakt med vår ekonomiske rådgivare som går igenom familjens ekonomi och tillsammans med dem kommer fram till möjliga vägar till förändring. Samtidigt uppmanar hon mannen till ett besök hos hälsopedagogen med anledning av ryggbesvären. Hälsopedagogen gör en hälsoprofilbedömning, ger individuella träningsråd och råd vad gäller ergonomi. Hon gör också ett besök på mannens arbetsplats för att ge tips om förbättringar av arbetsmiljön. Kvinnan ser att vi har rökavvänjning i grupp inom vår verksamhet och beslutar sig för att sluta röka. På riktigt.

Vi uppnådde: minskad risk för, alternativt utebliven sjukskrivning pga ryggbesvär som ytterligare förvärrat familjens ekonomi. En familj som återtagit kontrollen över sin ekonomi och sin fysiska hälsa.

Exemplet ovan är konstruerat och beskriver *inte* ett verkligt ärende.

Hälsorådet

I projektansökan står angivet att vi ska arbeta med att utveckla tvärssektoriella arbetsmetoder med utgångspunkt från ett helhetsperspektiv för de boende i Torslanda.

Hälsorådet utgör en viktig bas för detta arbete och fungerar som paraply för samtliga hälsoprojekt i stadsdelen. Genom hälsorådet ges projektet möjlighet till bred förankring i stadsdelen och möjlighet att nå ut till alla stadsdelens verksamheter.

Exempel på samverkan med hälsorådet

Ett bra exempel på en tvärssektoriell arbetsmetod som vi tillämpat är utbildningen kring teorin som vårt projekt grundar sig på -salutogenesen - (Aaron Antonovsky), som anordnades i stadsdelen och som beskrivs under 4.2 Syftet med utbildningen var att skapa förutsättning för ett gemensamt synsätt och en gemensam kunskapsbas för deltagarna.

4.7 Att informera allmänheten

Förankringsprocessen hade inte påbörjats när det gäller torslandaborna till vilken projektet riktar sig. Under det första verksamhetsåret blir det därför en mycket viktig uppgift att göra projektet känt bland befolkningen i Torslanda och att få Torslandaborna att ta verksamheten i bruk. Deltagarna kan komma till projektet direkt på eget initiativ, eller på hänvisning från någon av våra samverkanspartners.

Vi har ägnat mycket tid åt att formulera oss för att hitta rätt anslag och ton för att förmedla syftet med projektet. Sammansättningen av kompetenser inom projektgruppen kan uppfattas av allmänheten som lika oväntad som självklar, vilket avspeglar sig i kommentarer som vi mött tex:

" Det här låter ju jättebra! Vem står bakom det här? Varför har det inte funnits fört?"

" Hur kan det finnas resurser till det här? "

"Är ni ett privat företag?"

" Det låter fantastiskt! Kan jag komma till er även om jag inte är sjuk?"

" Kostar det inget att gå till familjeterapeuten? Hur kan det vara så?"

Vi ville förmedla att sammansättningen av de här yrkeskategorierna ger oss unika möjligheter att arbeta med individen i ett helhetsperspektiv. Vi ville också förmedla att kompetensen i gruppen är hög, vilken teori vi bygger vårt arbete på, vilka som står bakom projektet och att det här är en stor satsning på samverkan kring folkhälsoarbetet i stadsdelen. Dessutom ville vi förmedla det faktum att de olika kompetenserna som nu finns under ett och samma tak i en egen lokal är ett uttryck för nytänkande och att vi vill nå individer och befolkning tidigt i vårt förebyggande och hälsofrämjande arbete. En plan upprättades för marknadsföringen och vi tog professionell hjälp för att framställa informationsmaterial. Vi har arbetat via dessa kanaler för att nå ut till Torslandaborna:

- *Artiklar och information om projektet i Stadsdelsbladet i Torslanda, Torslandatidningen, Metro, Folkhälsonätet.*
- *Utställning på Biblioteket*
- *Broschyrer och affischer på apoteket, biblioteket, stadsdelsförvaltningen, vårdcentralen, MVC, BVC, folktandvården, kyrkans församlingshem, förskolor och skolor, livsmedelsbutiker.*
- *Broschyrutskick till samtliga hushåll i stadsdelen.*

Vi är inga marknadsförare men detta kan nog liknas vid att införa ett nytt varumärke!

4.8 Deltas kontoplan. Tiden och resursfördelningen

DELTA har en kontoplan där resurser som använts ska fördelas enligt ändamål. Anvisningar om hur kontoplanen ska användas saknas. Projektledaren har varje månad rapporterat en fördelning av kostnader enligt ändamålen i DELTAs kontoplan, men rapporteringen saknar exakt underlag och har gjorts genom en uppskattning.

4.9 Besöksstatistik

Vi har med hjälp av våra arbetsanteckningar för individuella ärenden gjort en enkel besökssammanställning.

Tabell 2. Sammanställning av besök under perioden september- december 2000

	antal	andel av		andel nya
		besöken		besök
kvinnor	29	56%	kurator familjeterapeut	48%
män	6	11%	hälsopedagog	19%
par/familjer	17	33%	ekonomisk rådgivare	33%
summa ärenden	52			
avslutade ärenden	15			
pågående ärenden	37			
Från vårdcentralen	10	19%		
Från IoF	6	11%		
Eget initiativ	21	40%		
övriga	5	11%		
"gamla" ärenden	10	19%		

5. Utvärdering av fas 2

5.1 Syfte med utvärderingen

- Mäta om vi uppnår målet med förbättrad upplevd hälsa hos individer som deltar i projektet på individnivå.

- Undersöka och beskriva hur de arbetsmetoder, samverkansformer och processer mellan de olika samverkande myndigheterna påverkar vårt sätt att arbeta med att förebygga ohälsa utifrån de behov som finns hos torslandaborna.

5.2 Datainsamling

5.2.1 Effekter för individerna

Enkät till deltagare på individnivå:

- Vi använder frågor som är utarbetade för den nationella utvärderingen av SOCSAM-projekten. Frågorna besvaras vid inledning av åtgärd, vid avslutad åtgärd och 6 månader efter avslutad åtgärd och används för att beskriva och kartlägga den grupp som söker oss för att ta del av projektet.
- Euroquo- instrument används för att mäta subjektivt upplevd hälsa.
- Projektspecifika frågor för att följa upp insatserna.
- KASAM formulär i den korta versionen (enligt Antono vsky) för att värdera egenskapen ”känsla av sammanhang”

5.2.2 Beskrivning av process/metoder/arbetsätt:

- Deltagarnas kursvärdering av gruppaktiviteter
- Dagbok
- Loggbok
- Intervjuer
- Arbetsanteckningar

I projektets förarbete identifierades tre grupper som antogs ha särskilt stort behov av förebyggande/rehabiliterande åtgärder inom ramen för projektet.

Vi ska följa dessa grupper i våra insatser på individnivå för att se om antagandet var riktigt.

6. Reflektioner / slutsatser

Den här utvärderingen handlar om de åtta första månaderna av ett projekt, där personalgruppen varit samlad i sin helhet under tre månader.

I utvärderingen beskrivs några av de processer som pågått parallellt under den här tiden.

Folkhälsa

Livsstil för hälsa i Torslanda är en del av folkhälsoarbetet i stadsdelen. När vi marknadsfört oss ut till allmänheten på bred front så uppdagas en otydlighet i organisationen. Det lokala hälsorådet har inte presenterat sitt arbete och gått ut med sitt uppdrag till allmänheten. Det innebär att om vi presenterar oss som en del av en verksamhet som är okänd för de flesta så uppstår förvirring. Vad kan det här ha för betydelse? Här gäller det att hitta de rätta formerna för samverkan. Kanske är det så att folkhälsoarbetet i Torslanda i framtiden ska gå under benämningen Livsstil för hälsa? Det är för tidigt att dra slutsatser kring detta, men en tänkbar/önskvärd effekt av projektet skulle vara att folkhälsoarbetet i stadsdelen blir tydligare organiserat och mer synligt.

Projektansökan var (och är) det styrdokument som vi hade att utgå från i planeringen av vårt arbete. Den utgår bl a från Torslanda Hälsoråds vision för folkhälsoarbete. För att alla i projektgruppen skulle få ett gemensamt synsätt på projektet och dess syften investerade vi mycket tid i att analysera projektansökan och diskutera den utifrån många olika infallsvinklar. Vi saknade statistik och siffror samt belägg för vissa påståenden. Förhållandet mellan det förebyggande arbetet kontra det rehabiliterande inslaget i uppdraget var oklart. Här hade vi

stor nytta av vår inledande 2-veckorsutbildning i kursen "Genus, kön och hälsa" på NHV. Efter många timmars diskussioner uppnådde vi en nivå där vi kunde formulera oss inom gruppen, och minst lika viktigt, också utåt!

I Torslanda finns 5440 barn i åldern 0-18 år. Föräldraskapet och familjen är områden som tidigt visade sig angelägna att samverka kring mellan olika verksamheter. Det visar sig t ex genom att utbildningarna som erbjudits allmänheten med föräldraskapet som tema, varit mycket efterfrågade. Familjeterapeutens arbetat rör också många gånger föräldraskapet och relationer vuxna/barn inom familjen. Det finns förutom föräldraskapet flera tänkbara hälsofrämjande områden där samverkan och gemensamt synsätt är av stor betydelse ex droger, fysisk aktivitet och kost.

Personal

Personalgruppens sammansättning är inte densamma idag som i projektansökan. Det är för tidigt att dra några slutsatser om hur det kommer att påverka verksamheten i framtiden. Idag har vi anpassat utbudet och arbetsuppgifterna efter den kompetens som finns i gruppen. Det är möjligt att vi kan behöva förändra den utifrån de behov vi möter.

Det kan vara på sin plats att reflektera över betydelsen av att inte alla arbetar heltid inom projektet. Under den intensiva inledningsfasen som vi nu diskuterar, ska gruppprocessen ha sin gång. Alla ska lära känna varandra, man ska forma ett gemensamt synsätt att arbeta utifrån och arbetet ska planeras och utformas. Många praktiska beslut ska tas. Det är en period när det blir tydligt att de som arbetar deltid kan känna sig lite "utanför" eftersom det händer så mycket mellan varje arbetsperiod. Dessutom blir det extra intensivt för dem som arbetar deltid eftersom viktiga beslut sparas tills alla är på plats.

Vad hade det för betydelse att 3/5 av personalgruppen arbetat i stadsdelen i många år? Det fanns redan från start en stor kunskap om vårt upptagningsområde och strukturerna i området, vilket är mycket värdefullt när man ska planera för verksamheten. Det har underlättat processen att lära känna stadsdelen för dom i arbetsgruppen som inte arbetat där tidigare. En person arbetade tidigare inom tandvården, två personer i personalgruppen arbetade tidigare med myndighetsutövning inom socialtjänsten. Vi har funderat kring om det skulle utgöra ett hinder för människor från att ta kontakt med oss i vårt förebyggande arbete, eller om ett positivt möte med personalen i ett annat sammanhang möjligen underlättar för några människor att kontakta oss. Vi vet inte hur det förhåller sig och förmodligen kan båda situationerna gälla. Vi upplever att vi som arbetsgrupp mest har haft nytta av att några av oss är kända i stadsdelen sedan tidigare. Vi har haft stor nytta av redan etablerade nätverk inom socialtjänsten, primärvården, apoteket, biblioteket, skolan, föreningslivet och i lokalsamhället. Det har säkert bidragit till att det varit lätt att få komma och informera om projektet i många olika sammanhang.

Resursfördelning

När vi sammanfattar DELTAS kontoplan för att göra en uppskattning av vad vi använt vår tid till, såsom beskrivs under 4.8, så ser man att den tid som vi arbetat direkt med individer i åtgärder av olika slag uppgår till ca 20%. I övrigt handlar det om många andra uppgifter när man startar ett projekt där information, dokumentation, ökad kunskap om målgrupper, pågående aktiviteter och arbetsmetoder är stora delar. De anställda i projektgruppen fick själva uppskatta hur stor andel man arbetat med de olika ändamålen. Deras uppskattningar jämfördes sedan med inrapporterad fördelning. Det finns skillnader. Detta beror på att vi inte har gemensam syn på/ tolkning av vad som ingår i de olika ändamålen. Vi har inte heller något tidrapporteringsystem som visar hur arbetstiden fördelas mellan de olika ändamålen. Vi vill gärna utveckla arbetet med kontoplanen eftersom den kan ge värdefulla upplysningar om arbetsuppgifternas och resursernas fördelning inom projektgruppen.

Vi har gjort en sammanställning av de ärenden som vi arbetade med på individnivå under perioden september till december (tabell 2). Sammanställningen är en ögonblicksbild i inledningen av projektet. Vi upplever att de deltagare som kommit till projektet hittills och de frågeställningar som man haft med sig, stämmer väl överens med den målgrupp vi har. Kurator och familjeterapeut har hittills haft flest nybesök. Största andelen som kommer till oss har kommit på eget initiativ och inte på hänvisning från VC, IoF eller FK. Det är för tidigt att dra några slutsatser kring detta. Kvinnorna har varit mest aktiva att söka oss, men vi har även nått männen via kvinnorna i parsamtalen.

Utvärdering

Det är fördelaktigt att planera utvärdering parallellt med att målsättningar och målgrupper tydliggörs och förankras inom projektgruppen. Utvärderingen av fas 1 har gjort att vi kommit igång med reflektioner tidigt i utvärderingsprocessen. Våra stödpersoner vad gäller utvärderingen har haft stor arbetsbelastning under hösten vilket medfört att vårt utvärderingsinstrument för fas 2 inte är klart. Det innebär att vi kommer att missa en del deltagare i utvärderingen. Vi har å andra sidan kunnat koncentrera oss på att finna former för vårt arbetssätt i gruppen och möjligen går det lättare att introducera utvärderingsinstrumentet när vi kommit in i vårt praktiska arbete. Det är vår målsättning att komma igång med utvärderingsinstrumentet för fas 2 under andra kvartalet 2001.

Vad är unikt med det här projektet?

Det unika är att man synliggör det förebyggande och hälsofrämjande arbetet i stadsdelen, både inom sjukvård och socialt arbete, genom att sammanföra delar av ordinarie verksamheter så att professionerna finns i ett nytt sammanhang, där de inte förknippas med myndighetsutövning. För att ytterligare förstärka och förtydliga att den här verksamheten ska arbeta förebyggande och hälsofrämjande och alltså inte med sjukvårdande behandling eller myndighetsutövning, har den förlagts till egna lokaler helt fristående från sjukvård och socialtjänst.

Vad kan det ha för betydelse?

Låt oss ta exemplet ovan med kvinnan som kommer till vårdcentralen med olika symtom och som efter medicinsk utredning får rådet att kontakta Livsstil för hälsa för att komma i kontakt med en kurator. Läkaren kan givetvis hänvisa kvinnan till socialtjänsten för att där få samma stöd från kurator och/eller familjeterapeut. Det förutsätter att läkaren vet vilka resurser och vilken kompetens som finns inom socialtjänsten, liksom att läkaren är positivt inställd till och har möjlighet att samverka med socialtjänsten. Det är fullt möjligt. Alla de yrkeskategorier som anges i exemplet skulle kunna finnas tillgängliga inom socialtjänsten.

Men det krävs också att kvinnan tar kontakt med och vill samarbeta med socialtjänsten. Det är här vi tror att det största hindret finns för tidiga insatser, i form av fördomar och okunskap om hur socialtjänsten arbetar. Allmänheten tar inte kontakt för råd och stöd förrän problemen blivit mycket allvarliga. Vi tror att vi underlättar för allmänheten att söka hjälp tidigare hos de yrkeskategorier som vi har representerade, i den form som projektet erbjuder.

Exemplet med familjen som IoF hänvisar till Livsstil utgår från antagandet att olika yrkeskategorier bara genom att finnas nära varandra ökar sin kunskap om varandras kompetens och arbets sätt och därigenom inspirerar varandra till något annorlunda insatser som ett uttryck för helhetssyn. Att en kurator hänvisar till en ekonomisk rådgivare, såsom sker i exemplet är inte särskilt unikt eller okonventionellt men att en ekonomisk rådgivare har stor kunskap om och nära samarbete med en hälsopedagog är än så länge tämligen ovanligt. Här är de gemensamma utbildningsdagarna ett bra exempel på ett sätt att öka kontaktytorna mellan de olika verksamheterna.

Hade det arbete som nu satts igång kunnat göras utan DELTA- samverkan, finansiell samordning?

Under den tid som vi arbetat med att förankra projektet och att finna former för vår samverkan på det sätt som beskrivits tidigare, så kan vi konstatera att ett stort hinder utgörs av den arbetssituation som de anställda i de olika verksamheterna befinner sig i pga hög arbetsbelastning såsom beskrivits tidigare under punkten 4.6. Det är svårt för dem att prioritera de möten och de samtal som krävs för samverkan. För vår del har detta varit tydligast inom primärvården och försäkringskassan. Socialtjänsten har sedan en tid prioriterat förebyggande arbete bland barn och ungdomar och har en hög motivation för att utöka den delen av sin verksamhet till att omfatta även vuxna.

De personer som finns anställda inom projektet idag hade alla, kunnat vara anställda inom primärvård, socialtjänst eller försäkringskassa och liksom idag arbetat inom sina respektive yrken. Rent teoretiskt skulle det ha varit möjligt för dem att samverka kring det förebyggande och hälsofrämjande arbetet i stadsdelen.

Vi anser det som högst sannolikt att om projektets resurser hade fördelats mellan de olika samverkande myndigheterna så skulle de ha använts för att göra mer av det som redan görs. Inte för att utveckla det förebyggande och hälsofrämjande arbetet. Det krävs en långsiktig arbetsinsats på strukturell nivå för att skapa möjligheter i våra organisationer att arbeta utifrån ett synsätt som grundar sig på teorin om salutogenesen. Ett synsätt som innebär att stärka de faktorer som håller människan frisk, där hon får möjlighet och förutsättningar att uppfatta sin tillvaro som meningsfull, hanterbar och begriplig.

Samhällets kostnader för sjukförsäkringen ökar drastiskt. Det kommer att krävas politisk vilja och enighet när det gäller att omfördela resurser för att kunna arbeta förebyggande och hälsofrämjande. Det är just det som börjat ske i det här DELTA- projektet. Vi är övertygade om att det är möjligheten till finansiell samordning som möjliggjort den här arbetsmodellen för samverkan idag.

Slutsatser:

Som sammanfattande slutsats av den här utvärderingen vill vi förmedla några tips och råd till projektgrupper som ska påbörja ett arbete som liknar vårt.

- Alla uppgifter tar tid.
- Ingen fråga är för liten eller för stor för att besvara.
- Investera mycket tid i ett gemensamt synsätt på projektets olika delar.
- Tänk noga igenom vilket intryck/vilken bild ni vill ge omvärlden. Image?
- Var måna om att alla i personalgruppen deltar i planering och beslut.
- Var uppmärksam på skillnader i förutsättningar om du arbetar heltid eller deltid i den intensiva starten!
- Se utrustningsarbetet som ett sätt att lära känna varandra och som ett utmärkt tillfälle att skapa en god arbetsmiljö.
- Ha med utvärderingsarbetet redan från start. Det kan vara en hjälp när man ska formulera mätbara mål. Diskutera utvärderingens syfte och mål!

- Dokumentera mycket! Det är bra för fotfästet.
- Arbeta med förankring hela tiden. Varje medarbetare är projektets ambassadör.
- Man kan aldrig informera för mycket.
- Ta vara på möjligheten att via projektarbete få inblick i olika verksamheter och därmed kunna förmedla helhetssyn.
- Var inte rädd för nya arbetsuppgifter
- Det är värdefullt att ge tid för reflektion i det inledande planeringsarbetet. Det går inte att backa tillbaka och göra förarbetet i efterhand!
- Njut av alla möten.
- Var kreativ, lyhörd, tålmodig, målmedveten, initiativrik och flitig. Behåll lugnet!

Litteraturförteckning

1. Folkhälsoinstitutet 1995:58 - Stress och kvinnors symptom- om de processer som leder till sjukdom hos kvinnor. Dokumentation från ett seminarium
2. Hjort, P. - Helse, miljø och levevillkor. Oslo. Norges almennevitsenskaplige Forskningsråd, 1989
3. Hansson BS. - Hur kan en individs sociala nätverk och sociala stöd påverka hälsan? Socialmedicinsk tidskrift 1990; (1-2):32- 36.
4. Krantz G. - Living conditions and women's health
Avhandling vid Lunds universitet, avd för samhällsmedicin, 2000
5. Lekander M. - Immunsystemet påverkas av psykologiska faktorer
Höga stressnivåer kan förändra känsligheten för infektion och allergi. Läkartidningen 1999;96:4807-4811.
6. Lundberg U, Mårdberg B, Frankenheuser M. - The total workload of male and female white collar workers as related to age, occupational level and numbers of children
Scandinavian Journal of Psychology 1994; 35: 315-27.
7. Orth- Gomer K, Moser V, Blom M, Wamala SP, Schenk- Gustavsson K. - Kvinnostress kartläggs. Hjärtsjukdom hos Stockholmskvinnor orsakas i lika hög grad av stress i familjen som i arbetet. Läkartidningen 1997;94: 632-638.
8. Theorell T. - Sjuk av stress
Forskning och framsteg nr 3 1998
9. Västsvensk Folkhälsorapport 1998 Del 1. Kommunalförbundet Västra Götaland
Folkhälsoutskottet.
10. Starrin B, Beckman A, Hagquist C, Rantakeisu U. - Tyngda av skulder.
Centrum för folkhälsoforskning. Research reports No 2 1995
11. Antonovsky A. - Hälsans mysterium. Köping: Natur och kultur, 1991
12. Antonovsky A. - The salutogenetic model as a theory to guide health promotion
Health Promotion International 1996; 11: 11- 18.

Livsstil för hälsa i Torslanda

Torslanda Torg 3 A
423 32 Torslanda

Projektansvarig

Anita Forsberg - Heitsch

Chef Iof

Tfn 031 - 64 16 09

anita.forsberg-heitsch@torslanda.goteborg.se

Mobil 0707 - 64 16 09

SDF Torslanda

Box 226, 423 22 Torslanda

Personalförteckning

Helena Söderbäck

Projektledare

Tfn 031 - 64 16 78

helena.soderback@torslanda.goteborg.se

Mobil 0707 - 64 16 78

Helene Berghog

Kurator

Tfn 031 - 64 16 91

helene.berghog@torslanda.goteborg.se

Mobil 0707 - 64 16 91

Anette Eriksson

Hälsopedagog

Tfn 031 - 64 16 92

anette.eriksson@torslanda.goteborg.se

Mobil 0707 - 64 16 92

Thomas Lagerlöf

Familjeterapeut

Tfn 031 - 64 16 91

thomas.lagerlof@torslanda.goteborg.se

Mobil 0707 - 64 16 91

Birgitta Lindman

Ekonomisk rådgivare

Tfn 031 - 64 16 07

birgitta.lindman@torslanda.goteborg.se

Mobil 0707 - 64 16 07

Medbedömare i utvärderingen

Anita Nilsson

Projektsamordnare

Tfn 031 - 64 20 05

anita.nilsson@lundby.goteborg.se

Mobil 0707 - 64 20 05

SDF Lundby

Box 22006, 400 72 Göteborg