



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

DELTA-teamet Tuve-Säve

Tidig och samordnad rehabilitering

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 psykiatrik 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 tvåfaldt, 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 stöttas 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, fokusgrupper, 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 åstadkommits 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

DELTA-teamet Tuve-Säve är ett vårdcentralsbaserat projekt inom ramen för tidig och samordnad rehabilitering. Beslutet att bevilja detta delprojekt inom DELTA togs i Beställarförbundet maj 1999.

Målsättningen med projektet är att:

- Utveckla behandlingsmetoder via utveckling av interna och externt samarbete.
- Utveckla metoder för social träning och arbetsträning för individer med långvarig kontakt med socialtjänsten och/eller långvarig sjukskrivning.
- Utveckla ett teamarbete för att förbättra och förenkla för invånarna i Tuve-Säve att få ett gott omhändertagande och i samverkan/medverkan och utifrån ett helhetsperspektiv på individens sammansatta problem göra bättre bedömningar av individens problemsituation, förkorta väntetider samt göra snabba och effektiva insatser.

I projektansökan beskrivs målgruppen som; Personer med långvarig kontakt med socialtjänsten eller långvarig sjukskrivning, och med problem att återgå i egen försörjning och de personer som bedöms kunna komma att bli långvarigt beroende av ekonomisk stöd via någon av de medverkande myndigheterna.

Utvecklingsarbetet påbörjades med att projektledaren tillträdde februari 2000. Därefter tillträdde arbetsterapeut, sjukgymnast, kurator, Försäkringskassans utredare och sjuksköterska successivt under året. I början av 2001 blev teamet komplett när socialsekreterare och läkarsekreterare tillträtt. Extra läkarresurs fanns under ca 6 mån, okt 2000 – mars 2001. Utvecklingsarbetet har präglats av ”lära av andra – pröva – erfara – reflektera – förbättra”. Teamet utvecklade en arbetsform som innebar att kurator, sjukgymnast och arbetsterapeut träffade deltagarna såväl enskilt som tillsammans, utifrån deras behov. Efter hand kom också Försäkringskassans utredare med i detta arbetssätt. Besök tillsammans med läkare samordnades vid behov på vårdcentralen. Detta arbetssätt blev en väg att presentera teammedlemmarnas specifika och samordnade resurser för deltagarna. Det konkreta samarbetet gav förståelse och kunskap om varandras kompetensområden och en möjlighet att lära känna varandra som personer. Teammöten för samordning av bedömning och planering skedde inledningsvis en eftermiddag varannan vecka, och utökades med ytterligare en eftermiddag varannan vecka efter ett halvt år. Metodmöten för planering, utveckling och samordning förekom var annan vecka. Innehållet var såväl den praktiska utformningen av verksamheten som utvecklingen av arbetssättet. Erfarenheter från samarbetet med såväl deltagaren som teamet låg till grund för diskussionerna på team- och metodmöten. På detta sätt kom teamet igång med ett reflekterande förhållningssätt kring mötet mellan idé och praktik, och att utveckla metoder för bedömning, planering, uppföljning avslut och utvärdering.

En viktig fråga är vilka individer vi ska samverka kring. I SOU 1996:85 uppskattas samverkansbehovet till ca 20 % av ordinarie verksamhet. Det är inte effektivt att samverka kring alla ärenden i alla myndigheter. Det är viktigt att finna ut när det är värdefullt att samverka, och när det inte behövs.

Slutligen vore detta utvecklingsarbete inte möjligt utan stöd och intresse från förvaltnings- och verksamhetschefer samt från våra kollegor. Det är möjligt att riksdagens intresse, försökslagstiftningen och den finansiella samordningen har bidragit till att ge den status till projektet som behövs för att ge det nödvändiga stödet. Intresse och engagemang från chefer, medarbetare, politiker blir bränsle för vår entusiasm.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Sammanfattning

	Sid
1. Bakgrund	6
1.1 Problemområde	6
1.2 Målsättning med projektet	7
1.3 Målsättning med utvärderingen	8
1.4 Metod för utvärderingen	8
 2. Projektets förutsättningar	 9
2.1 Deltagarna	9
2.2 Personalen	10
2.3 Organisation/Stödsystem	11
 3. Hur drivs processen	 11
3.1 Deltagarna	11
3.2 Personalen	12
3.3 Organisation/Stödsystem	14
 4. Resultat/Effekter	 15
4.1 Deltagarna	15
4.2 Personalen	15
4.3 Organisation/Stödsystem	15
 5. Reflektioner/Slutsatser	 15

Bilaga

UTVÄRDERINGSRAPPORT för DELTA-teamet Tuve-Säve

1. Bakgrund

1.1 Problemområde

Det finns personer, i behov av hjälp från välfärdsapparaten. När dessa personer är i behov av hjälp av flera myndigheter finns risk att samordningen mellan myndigheterna brister. Denna brist på samordning kan antingen medföra att insatserna blir helt oberoende av varandra, eller i värsta fall motverkande.

I SOU 1996:85, "EGON JÖNSSON" (1) del I, sid 39, sammanfattas dessa brister i välfärdssystemet, för personer som är i behov av insatser från flera myndigheter.

Citat ut utredningen:

"Sammanfattning

Brister i nuvarande organisation i korthet:

- Personer hamnar i en "gråzon", dvs. den tillåter/medger att några ramlar igenom det offentliga skyddsnätet.
- Delat ansvar kan innebära att det finns risk för att ingen tar ansvar.
- Oklar ansvarsfördelning, vilket främjar revir- och sektorstänkande istället för att uppmuntra till individinriktat och gemensamt arbete.
- Kreativiteten begränsas till att omfatta de egna åtgärderna istället för att omfatta de samlade resurserna.
- Försvårar en helhetssyn, vilket alltför ofta leder till dubbelarbete.
- Samlad redovisning (sektorsövergripande) saknas av såväl insatta resurser som resultat."

Beskrivning av stadsdelen Tuve-Säve

I Tuve-Säve bor 10 920 av Göteborg Stads 459 556 invånare. Tuve-Säve kan beskrivas som en relativt välmående stadsdel. Av dessa är 64 % i åldern 16 – 64 år. I stadsdelen har 21 % av invånarna utländsk bakgrund, att jämföra med 23 % för Göteborg Stad. De flesta kommer från annat nordiskt land, framför allt är det finländare som kommit som arbetskraftsinvandrare till Volvo. Medelinkomst 1996 var 160 tkr, något över staden i som helhet som låg på 148 tkr. Andelen arbetssökande 1998 var 4 %, mot 6 % för hela staden. Andelen personer med eftergymnasial utbildning 1997 var 23 % vilket är lägre än för hela staden där andelen var 34 %. Andelen förvärvsarbetande i åldersgruppen 20 – 64 år 1996 var 75 %, mot 65 % för staden som helhet. Utbetalt socialbidrag per inneboende låg 1998 på 1200 kr/inv att jämföra med 2925 kr/inv för hela staden. Siffrorna är hämtade från Tuve-Säves hemsida, www.goteborg/tuve-save.se. Ohälsotalet beskrivet som antal sjukdagar per försäkrad var 47,8 dagar under 1999, att jämföra med 50,0 dagar för hela Göteborg. Siffran är hämtad från statistik på www.goteborg.se.

I "Långsiktig plan för utveckling och utbyggnad av primärvårdsnivån" (2) redovisar siffror över var invånarna är sysselsatta. De övervägande näringsgrenarna är civila myndigheter 33 %, tillverkningsindustri 24 %, handel 14 %, och transport 10 %. I denna

utredning redovisas ohälsosfaktorer som låg födelsevikt, kariesfria tre- resp tolvåringar, där Tuve-Säve ligger lägre än genomsnittet för staden som helhet. Andelen rökande blivande mödrar är högre än genomsnittet för staden. Läkemedelskonsumtionen är lägre jämfört med hela staden och dödsorsaker som är relaterade till missbruk och suicid förekommer mer sällan medan däremot död genom olyckor förekommer mer frekvent jämfört med hela staden.

DELTA-grupper startades över hela Hisingen under 1997 som ett led i att myndighetsgemensamt undersöka det lokala behovet av samverkan. DELTA-gruppen för Tuve-Säve, bestående av personer från vårdcentralen, distriktrehabiliteringen, socialkontoret, AMI, öppenpsykiatri och försäkringskassan, har arbetat med en projektplan för att förbättra samverkan mellan myndigheterna mot bakgrund av den problematik man gemensamt fann. av Medlemmarna i DELTA-gruppen tog fram uppgifter ur aktuella data i resp myndighet. Mot bakgrund av denna kunskap utarbetade DELTA-gruppen en projektplan för att utveckla det myndighetsöverskridande samarbetet inom Tuve-Säve stadsdel.

Ur deras projektansökan (3) kan man läsa följande; *Den 20 augusti 1998 var 130 personer sjukskrivna under en längre tid än två månader. 28 personer av dessa sjukskrevs av läkarna på vårdcentralen Tuve. 31,5 % av de sjukskrivna var även arbetslösa. Inom socialtjänsten fanns vecka 34 1998, 22 personer som av ansvarig socialsekreterare bedömdes vara så sjuka att de inte kunde arbeta. Dessa 22 personer var inte sjukpenningplacerade. Försäkringskassan fann, i augusti 1998, 28 personer boende i Tuve-Säve, som var långtidssjukskrivna genom vårdcentralen.*

1.2 Målsättning med projektet

Målsättningen med myndighetsöverskridande samverkan är att mer effektivt utnyttja samhällets resurser, till nytta för både individ och samhälle samt ökad kunskap hos personalen.

Citat ur projektansökan för Tuve-Säve (3):

”Vi vill arbeta med att utveckla våra behandlingsmetoder via utveckling av interna och externt samarbete. Vi vill utveckla metoder för social träning och arbetsträning för individer med långvarig kontakt med socialtjänsten och/eller långvarig sjukskrivning. Vi vill utveckla ett teamarbete för att förbättra och förenkla för invånarna i Tuve-Säve att få ett gott omhändertagande.”

” Vi vill i samverkan/medverkan och utifrån ett helhetsperspektiv på individers sammansatta problem göra bättre bedömningar av individers problemsituation, förkorta väntetider samt göra snabba och effektiva insatser.”

I projektansökan beskrivs målgruppen:

”Personer med långvarig kontakt med socialtjänsten eller långvarig sjukskrivning, och med problem att återgå i egen försörjning...

De personer som bedöms kunna komma att bli långvarigt beroende av ekonomisk stöd via någon av de medverkande myndigheterna kan tidigt diagnostiseras och rätta insatser kan erbjudas.

Insatser skall aktivt göras för att föra över personer som är sjukskrivna av privatläkare till projektet, då detta bedöms vara lämpligt för personen.”

Projektets uppdrag är att möjliggöra att dessa målsättningar kan uppfyllas. I projektplanen finns en samverkansmodell och en bemanningsplan med personal från socialtjänst, vårdcentral, distriktrehabilitering och försäkringskassa samt att AMI-Hisingen medverkar konsultativt. I projektplanen finns också ett uppdrag att utveckla samverkan med berörda arbetsgivare. Resurser för att genomföra projektet har tillkommit genom att resp myndighet har avsatt en del av deras befintliga budget, s k finansiell samordning, till försöksverksamheten.

1.3 Målsättning med utvärderingen

”DELTA-samverkan utvärderas lokalt utifrån följande:

- De enskilda aktiviteterna inom DELTA-samverkan utvärderas från olika perspektiv – deltagarna, personalen och organiseringen. Varje aktivitets förutsättningar, liksom processen och aktivitetens resultat belyses.
- Förutom de olika aktiviteterna utvärderas DELTA-samverkans konsekvenser för de samverkande myndigheternas ”ordinarie” verksamhet.
- Vidare belyses samhällsekonomiska konsekvenser av DELTA-samverkan.
- Slutligen värderas DELTA utifrån aspekten – DELTA som en lärande organisation.

Citat ur FLERA HAR BÖRJAT DELTA mars 2000 (4), sid 11.

Denna rapport är den del av utvärderingen som beskrivs under första punkten ovan. DELTA-teamet Tuve-Säve påbörjade sitt arbete under hösten 2000, dvs när DELTA-projektet pågått i drygt tre år. Bl a fanns en relativt färdig utvärderingsstruktur att använda. Rapporten beskriver framför allt hur projektet startade och våra erfarenheter under igångsättningsfasen.

1.4 Metod för utvärderingen

Datainsamling genom:

Rapporter till DELTA-gruppen och styrgruppen

Minnesanteckningar från metodmöten, DELTA-gruppsmöten och styrgruppsmöten

Dagböcker

Återblickande reflektioner – självutvärdering

Informell datainsamling, när medarbetare berättar intressanta händelser

Materialet har bearbetats genom dialog och reflektion i både teamet och DELTA-gruppen kring punkterna ovan. Datainsamlingen kommer att fortsätta under hela projektiden.

2. Projektets förutsättningar

Tuveteamets historia i kronologisk ordning

1997 bildades en DELTA-grupp, liksom på många andra håll på Hisingen. DELTA-gruppen bestod av personal som möter ”dem vi är till för” från socialtjänst, Länsarbetsnämnd/AMI, vårdcentral, distriktrehabilitering och Försäkringskassa. Något senare kom också personal från öppenspsykiatriska mottagningen med i gruppen. Gruppen träffades ungefär var tredje vecka. Uppdraget var, att utifrån det lokala behovet utveckla en projektidé till en verksamhet som möter det identifierade behovet. Gruppens möten hölls på de olika myndigheternas resp arbetsplatser. På så vis fick gruppmedlemmarna en inblick i, och känsla för arbetet hos resp myndighet.

1998 gick arbetet med att utveckla och skriva ner en projektidé in i en intensivare fas. Projektansökan antogs vid beställarförbundets möte juni 1999. Projektledare rekryterades under hösten 1999, började sitt arbete feb 2000 och förverkligandet av projektidén påbörjades.

Under DELTA-gruppens arbete utvecklades också ett informellt samarbete främst mellan socialkontoret och vårdcentralen. Båda är belägna på Tuve Torg. DELTA-gruppen fungerade också som en källa till kunskapsutbyte och multidisciplinär resurs vid diskussioner om komplicerade rehabiliteringsärenden.

2.1 Deltagarna

Under andra halvåret 2000 har 32 personer aktualiserats i teamet, och ingår i utvärderingen med hjälp av det redan färdigställda nationella och lokala enkätmaterialet.

Medelålder 40,6 år, medianålder 37,5 år.

Könsfördelning, 5 män, 27 kvinnor.

Av dessa är 22 personer födda i Sverige, och tio födda utomlands.

I rapporten ”Sjukskrivna Hisingebor per den 20 augusti 2000” var könsfördelningen av sjukskrivna 60,3 % kvinnor och 29,7 % män.

Familjesituation		Huvudsaklig sysselsättning		Högsta utbildningsnivå	
Ensamstående	5	Arbete	22	Folkskola	2
Ensamstående med hemmaboende barn	6	Studier	1	Grundskola, kortare än 9 år	4
Sambo/gift	4	Arbetslös	9	Grundskola, 9 år	8
Sambo/gift med hemmaboende barn	17			Gymnasium, högst 2 år	8
				Gymnasium, längre än 2 år	2
				Högskola, universitet	5
				Yrkesskola	3

Tabell 1.

Fördelning inom kategorierna familjesituation, sysselsättning och utbildning bland de 32 aktualiserade personerna.

Huvudorsak till insats fördelades över;

- tolv personer med enbart fysiska besvär
- två personer med fysiska besvär och bristande utbildning
- två personer med fysiska besvär och bristande utb/yrkeserfarenhet och språksvårigheter
- en person med fysiska besvär och språksvårigheter, bristande utb/yrkeserfarenhet samt kulturella/sociala faktorer
- två personer med enbart psykiska besvär
- en person med psykiska besvär och bristande utbildning
- fyra personer med fysiska och psykiska besvär
- två personer med fysiska och psykiska besvär och bristande utbildning/yrkeserfarenhet
- en person med fysiska och psykiska besvär och kulturella/sociala faktorer
- en person med fysiska och psykiska besvär och språksvårigheter och kulturella/sociala faktorer
- fyra personer med fysiska och psykiska besvär och språksvårigheter, bristande utb/yrkeserfarenhet samt kulturella/sociala faktorer
- en person med fysiska och psykiska besvär och missbruksproblem.

2.2 Personalen

För att skapa ett team behövdes personalresurserna på vårdcentralen och socialkontoret förstärkas. Vårdcentralen behövde förstärkas med läkare, sköterska och läkarsekreterare samt de helt nya kompetenserna arbetsterapeut, kurator och sjukgymnast. Socialkontoret förstärktes med socialsekreterare. Tjänstgöringsgraden i projektet varierade från 50 – 100 %. När projektansökan gjordes räknade DELTA-gruppen med att ha tillgång till psykologresurs via ett särskilt psykologprojekt inom DELTA-projektets ram. Detta visade sig inte vara möjligt, varför psykolog inledningsvis saknades i teamet.

Projektledaren började i februari, sjukgymnast och arbetsterapeut i mars 2000. De kom alla tre från primärvården på Hisingen. Kuratorn kom från kommunens familjestödsverksamhet i SDF Kortedala i augusti. Försäkringskasseutredare, med bakgrund inom både sjukvård och socialtjänst rekryterades från Försäkringskassans Hisingenskontor, och började i augusti.

Sjuksköterskan kom till vårdcentralen Tuve september. Rekrytering av läkare var svårt, men extra läkarresurs till vårdcentralen Tuve fanns från oktober 2000 till mars 2001 som följd av intern rörlighet mellan vårdcentraler på Hisingen. Socialsekreterare rekryterades från annat socialkontor i Göteborgs Stad, och började i januari 2001, samtidigt med läkarsekreteraren. Personalen fick tjänstledigt från sina ordinarie tjänster inom Försäkringskassan, Göteborgs Stad och Primärvården Göteborg för att delta i projektet. Vid rekryteringen engagerades projektledaren och ansvariga vid resp förvaltning eller verksamhetsområde. Faktorer som värderats högt vid rekryteringen har varit formell kompetens, bred erfarenhet och trygghet i yrkesrollen samt en öppenhet att ifrågasätta det traditionella arbetssätten, en humanistisk människosyn och en vilja att pröva nya arbetssätt. Teamet erhöll psykologkompetens från 2001-01-01 genom avtal om 7 tim/vecka från Psykolognheten inom Göteborgs Stad.

Teamsamarbetet påbörjades under september 2000, även om teamet inte var fulltaligt förrän efter nyåret. Att teamdeltagarna hade olika tjänstgöringsgrad visade sig bli ett hinder för att finna gemensamma tider för möten, deltagarmöten studiebesök mm.

2.3 Organisation/Stödsystem

I DELTA-projektets inledning fanns stöd från ledningen vid Försäkringskassan, Länsarbetsnämnden och Göteborgs Stad, vilket då innebar både socialtjänst och primärvård. Detta stöd förmedlades via verksamhetschefer och till DELTA-gruppsmedlemmarna. Stödet från resp verksamhetschefer möjliggjorde DELTA-gruppens arbete, och att Tuve-projektet kunde påbörja sitt förverkligande. Acceptansen från kollegor varierar då det kan vara problem att avsätta tid för möten samtidigt som klienter/patienters väntetid för behandling är lång.

Teammedlemmarna är anställda i sina resp myndigheter. Personalansvaret ligger hos verksamhetscheferna i resp organisation. Teammedlemmarna från de tre myndigheter sitter i samma lokal på Tuve Torg, olika långt från sina verksamhetschefer. Ansvar för att förverkliga projektet ligger huvudsakligen hos projektledaren. En svårighet som kan uppstå, framför allt för de som har deltids projektjänst, är gränsdragningen mellan arbetsuppgifterna i ordinarie tjänst och projektet.

En styrgrupp med chefer från de tre myndigheterna finns. DELTA-gruppen fungerar som referensgrupp för projektet.

Projektteamet rymdes inte på vare sig vårdcentralen eller socialkontoret. En lokal på Tuve Torg hyrdes, och fick byggas om något för att passa projektets behov. Lokalen inreddes med ett stort öppet arbetsrum, utrustad med sex skrivarbetsplatser intill varann. Därutöver finns ett litet samtalsrum, ett något större samtalsrum kombinerat med en skrivarbetsplats, ett undersökningsrum för sjukgymnast eller läkare kombinerat med en skrivarbetsplats. I samma rum som arbetsterapeutens undersökningsrum finns ytterligare en skrivarbetsplats, förråd, kopiator, fax och inkommande datornätverk. I lokalen finns också ett mötesrum med plats för ca 10 personer samt ett personalkök. Den ursprungliga idén innebar att inga arbetsplatser skulle vara personliga, att det skulle vara möjligt att logga in sig på nätverken för primärvård, socialtjänst och Försäkringskassan vid varje datorterminal. Vi planerade också för att alla skulle ha trådlösa telefoner. Idén byggde på maximal flexibilitet och utnyttjande av lokal och utrustning. Idén kunde inte förverkligas då lokalens storlek, av tekniska skäl, endast medgav två trådlösa telefoner och att myndigheterna inte tillät att annan myndighets nätverk kunde kopplas upp i samma dator av säkerhetsskäl. Av samma skäl kan inte heller gemensam skrivare användas, utan vi måste ha en skrivare per myndighet.

Vårdcentralen Tuve har samma geografiska upptagningsområde som socialtjänsten ansvarar för. Försäkringskassans uppdelning är dels mot stora arbetsplatser och dels mot geografiskt område. För att underlätta samverkan i projektet har Försäkringskassans rehabiliteringsutredaren för teamet möjlighet att ta över försäkringsärenden från andra handläggare om det är mer lämpligt med tanke på samverkan.

3. Hur drivs processen

3.1 Deltagarna

Deltagarnas process beskrivs ur så som personalen uppfattat den. Det vore dock intressant att intervjua några deltagare för att få processen beskriven ur deltagarnas perspektiv.

Vi har uppfattat att deltagare blir lite förvånade över att de tre myndigheterna sitter i samma lokal. Detta medför möjligen också att den traditionella patient/klient/försäkrade-rollen blir lite "omskakad".

Av de 32 personer som deltagit i den rehabilitering teamet erbjudit under hösten 2000 var 23 personer aktuella hos primärvård och Försäkringskassa
3 personer aktuella hos pv, FK och länssjukvård
1 person aktuell hos pv, FK och socialtjänst
1 person aktuell hos pv, FK och AMI
1 person aktuell hos pv, FK, Ami och socialtjänst
1 person aktuell hos pv, FK och Rigger, en annat DELTA-verksamhet
1 person aktuell hos pv, öppenspsykiatri och socialtjänst
1 person aktuell hos pv och Arbetsförmedling

För 26 av de aktualiserade 32 personerna påbörjades en kartläggning, för de övriga bestod aktiviteterna i hjälpmedelsutprovning och ergonomiska insatser. Övriga aktiviteter är följande:

Sociala insatser 2
Fysisk träning 18
Medicinska insatser 19
Arbetsmarknadsinsatser 3
Psykologinsatser 2
Arbetsprövning 3
Kurator 12

Ovanstående uppgifterna bygger på enkäter vid tillfället för aktualisering av deltagarna.

Teamet befinner sig i början av arbetet med att utveckla ett förhållningssätt som bygger på deltagarnas aktiva medverkan i, och ansvar för sin rehabiliteringsprocess. Redan nu finns ett sådant förhållningssätt inom varje profession. I stort sett alla som erbjudits kontakt med teamet har varit positiva till att delta. Flera har uttryckt att de tidigare, i samband med sjukskrivning och rehabilitering, har saknat samordning av kontakterna. De har nu uppfattat teamet och dess samlade kompetens som en påtaglig trygghet. Flera har varit positivt överraskade över att deras behov så snabbt har blivit uppmärksammade, och erbjudits lätt tillgängliga kontakter med de olika myndigheterna i sin stadsdel. Efter nyåret har även patienter från privatläkare aktualiserats till teamet. Detta har lyft frågan om ansvar, och hur dessa privatläkare ska behålla sin del av ansvaret för deltagarens rehabilitering.

3.2 Personalen

DELTA-gruppen, dvs de som utarbetade projektansökan, hade under 1997 och 1998 många olika tankar och idéer som diskuterades och analyserades under framtagandet av projektplanen. Dessa sammanställdes av gruppens socialsekreterare och arbetsterapeut under 1998. Målgruppen definierades till slut till att bli alla arbetsföra, boende i stadsdelen Tuve-Säve, med ohälsoproblematik eller kontakt med de tre myndigheterna av annan anledning. Gruppen tittade på de tre liknande vårdcentralsbaserade projekten på Hisingen och på bl a SANNA- och SOPHIE-projekten. Gruppen fokuserade på likheter och olikheter för att mejsla fram Tuve-projektet. Utgångspunkter för DELTA-gruppen diskussioner har varit; myndigheternas perspektiv och uppdrag, individens nytta av myndigheternas insatser och om samverkan kan ge något mervärde. Ohälsoproblemet i stadsdelen var framträdande, men man ville inte att projektet enbart skulle bli en förstärkning av vårdcentralen. Projektet ska utveckla myndighetsöverskridande samverkan. Därför var det viktigt att projektet

konstruerades så att Försäkringskassan och socialtjänsten också får ett stort inflytande. Det var också viktigt att socialsekreteraren i teamet, förutom att ansvara för individens rehabilitering också ska handlägga försörjningsstödet. Tanken var att individens försörjning är en del i helhetssynen.

De första teammedlemmarna som kom på plats var arbetsterapeut och sjukgymnast. De var inledningsvis kvar på distriktrehabiliteringen, eftersom DELTA-teamets lokal inte var klar för inflyttning. De ägnade en del av sin tid under våren till att besöka liknande projekt och verksamheter med snarlika arbetssätt. De gjorde värdefulla iakttagelser och deras reflektioner över olika former av "teamarbete" de mött är t ex; att sitta i gemensam lokal inte är någon garanti för samverkan. Deras slutsats är att det behövs ett nära praktiskt samarbete, där man t ex gemensamma bedömningstillfällen, och regelbundna teammöten. Arbetsterapeuten och sjukgymnasten tog initiativ till att starta rehabmöten varannan fredag med distriktläkarna på vårdcentralen under våren.

I september var också så lokalen i det närmaste färdiginsredd, och blev platsen för möten och besök. Kuratorn och Försäkringskassans utredare började tjänstgöra i augusti med utgångspunkt från vårdcentralen och Försäkringskassans hisingskontor. Då teamet saknade socialsekreterare under hösten ersattes denna funktion delvis genom att socialtjänstens representant i DELTA-gruppen även deltog i teamarbetet. Det teamarbete som påbörjats under våren fortsatte att utvecklas under hösten. Kurator och Försäkringskassans utredare som blev också delaktiga i detta arbete. Tidigt enades teamet att kalla individen i kontakt med myndigheterna för *deltagare*, istället för patient/klient/försäkrad. Teamet utvecklade en arbetsform som innebar att kurator, sjukgymnast och arbetsterapeut träffade deltagarna såväl enskilt som tillsammans, utifrån deras behov. Efter hand kom också Försäkringskassans utredare med i detta arbetssätt. Besök tillsammans med läkare samordnades vid behov på vårdcentralen. Detta arbetssätt blev en väg att presentera teammedlemmarnas specifika och samordnade resurser för deltagarna. Det konkreta samarbetet gav förståelse och kunskap om varandras kompetensområden och en möjlighet att lära känna varandra som personer. De teammötestiden varannan fredag, som påbörjades under våren, bibehölls under hösten när teamet utvidgades. Ett halvår senare behövdes ytterligare en tid, varannan torsdag, läggas till. Uppföljningen av enbart sjukvårdande behandling och primärvårdsintern planering gjordes på annan tid.

Teammedlemmarna sökte också samarbete med myndigheternas ordinarie personal och verksamheter. De mötte engagemang och öppenhet från personalen i de olika organisationerna. Det var uppenbart att här fanns positiva förväntningar på det kommande samverkansarbetet.

Det har också förekommit samarbete mellan teammedlem och annan vårdgivare än vårdcentralen. Det har t ex varit privat läkare eller privat sjukgymnast. Denna situation har underlättats av erfarenheterna och kunskapen från det gemensamma teamsamarbetet. Ansvar och drivkraften för rehabiliteringen har dock legat helt på teammedlemmen och upplevts avsaknad hos den utomstående vårdgivaren. Detta har upplevt som ett tungt arbetssätt jämfört med när ansvaret delats inom teamet. Samarbete har också förekommit med annan DELTA-aktivitet. Där upplevs inte samma problem med att teamet måste vara drivande och en övervältring av ansvar. I detta samarbete finns en ömsesidighet när det gäller att dela ansvaret och att hålla kontakt för uppföljning.

Teammedlemmarna träffades tillsammans med projektledare för planering, utveckling och samordning. Det gällde såväl den praktiska utformningen av verksamheten som utvecklingen av arbetssättet. Erfarenheter från samarbetet med såväl deltagaren som teamet låg till grund för diskussionerna på team- och metodmöten. På detta sätt kom teamet igång med ett

reflekterande förhållningssätt kring mötet mellan idé och praktik och att utveckla metoder för bedömning, planering, uppföljning avslut och utvärdering.

Först från årskiftet, då teamet blev komplett, kunde det gemensamma arbetet att finna såväl strukturerade som flexibla former för myndighetsöverskridande samverkan på allvar ta sin början. Teamet har påbörjat utvecklingen av den gemensamma bedömningen, rehabiliteringsplaneringen, genomförandet och uppföljningen i samverkan. Ett uttalat gemensamt förhållningssätt finns inte ännu med avseende på att stärka deltagarens egenansvar. En utbildning i konsultativt förhållningssätt planeras, där både teammedlemmar och personal från resp myndighet kommer att delta, för att medvetandegöra denna aspekt både team-intern och bland kollegor i resp myndighet.

Från årsskiftet 00/01 har teamet också utökats med psykologkonsult som bistår teamet med metodhandledning för den samordnade rehabiliteringsprocessen.

Arbetsterapeutens och sjukgymnastens behandlingar sker, pga brist på lämpliga lokaler, i hög grad på annan plats än Tuve.

En målsättning är *tidig och samordnad* rehabilitering. Den kan kallas tidig mot bakgrund av att de kompetenser som finns behov för, kan erbjudas inom ett par veckors tid. Tidig är den inte alltid om man avser att Tuve-Säve-bon tidigt ska komma igång med rehabilitering.

Många av deltagarna har varit sjukskrivna eller uppburit socialbidrag längre än ett år.

Samordnad är den för de tre myndigheterna är representerade i teamet, med däremot inte samordnat i någon högre grad med andra vårdgivare. Då utvecklingen av arbetssättet påbörjades för ett drygt halvår sedan har vi inte påbörjat arbetet med att finna arbetstränings- och praktikplatser än.

DELTA-projektet kallas ibland också ett *synsättsarbete*. Ett exempel på detta är när vi de första veckorna i januari ägnade oss åt att utforma en presentationsfolder. Den är avsedd att vända sig till DELTA-deltagarna och intresserad allmänhet. Första utkastet till skrivning var en text med ett myndighetsspråk som kunde tilltala personal i de olika förvaltningarna.

Därefter förändrades språket till att bli mer allmänt hållet för att till slut ha ett "Du-tilltal" med avsikt att intressera DELTA-deltagaren. Ett par utkast och den text vi till slut enades om (version 4) finns som bilaga.

3.3 Organisation/Stödsystem

Styrgruppen håller sig informerad men "på avstånd" och lämnar ansvaret till teamet. Intresse för verksamheten visas genom att t ex stadsdelsnämnden vill komma på studiebesök.

DELTA-gruppen fortsätter sina möten med ca 3 veckors mellanrum. De fungerar f n som referensgrupp.

Hösten inleddes med en "avspark" där förutom teammedlemmarna även personal från vårdcentralen, Försäkringskassan och socialkontoret deltog. Dagen innehöll information om stora DELTA-projektet på Hisingen och Tuve-projektet. DELTA-gruppen berättade om hur projektiden växt fram och personal från de olika verksamheterna presenterade för varandra om myndigheternas regelverk och professionella kompetenser. Dagen var mycket uppskattad.

4 Resultat/Effekter

DELTA-teamet Tuve-Säve är en förhållandevis nystartad verksamhet. Det är därför tidigt att uttala sig om resultat och effekter. Nedan följer därför bara några korta meningar.

4.1 Deltagarna

Två deltagare har avslutats, en påbörjade utbildning och en sjukpensionerades till 50% och är i arbete 50 %. De övriga 30 deltagarna är fortfarande i pågående rehabilitering. En deltagare har självant avslutat sin sjukskrivning när han erbjöds rehabilitering i en myndighets-överskridande samverkan. Vi uppfattar att de flesta deltagare är nöjda med det samordnade omhändertagandet.

4.2 Personalen

Teammedlemmarna frågar efter mer kunskap om varandras uppdrag i samhället, regler, lagar och kompetenser. Det finns behov av att tydliggöra uppdrag, ansvar, möjligheter och hinder för samverkan, när det finns behov av samverkan och när det inte behövs.

Teammedlemmarna fortsätter sitt professionella arbete med patienterna, klienterna, de försäkrade samtidigt som utvecklingen av samverkansformen pågår. Alla är överens om att samverkan ger ett mervärde jämfört med tidigare arbetssätt. Vinnare är både DELTA-deltagaren som får en mer sammanhållen rehabilitering och teammedlemmarna som lär sig mer och får möjlighet att utvecklas i sitt arbete. Läkarna beskriver t ex att teammötena visserligen tar tid, men att den tiden sparas istället in genom minskad frekvens av återbesök av patienterna.

Spontana kommentarer tyder på att teammedlemmarna redan nu upplever att detta nya arbetssätt ger en bättre helhetsbild, och att det gemensamma uppdraget också innebär ett större ansvar för deltagarens rehabilitering.

4.3 Organisation/Stödsystem

Ett intresse för DELTA-teamets uppdrag finns i alla myndigheterna, vilket vi uppfattar som en bra förutsättning inför implementeringsfasen.

Samarbetet mellan vårdcentralen och Försäkringskassan kring sjukskrivna, som inte blir DELTA-deltagare, har också förbättrats och resulterat i utförligare läkarutlåtanden. Då läkarutlåtandena håller högre kvalitet minskar arbetet för Försäkringskassans utredare t ex med brev med krav på förtydliganden till sjukskrivande läkare.

5 Reflektioner/Slutsatser

Nedan följer spridda kommentarer som inte bearbetats till en sammanhållen helhet.

I SOU 1996:85 (1) uppskattas samverkansbehovet till ca 20 % av ordinarie verksamhet. Det är inte effektivt att samverka kring alla ärenden i alla myndigheter. Det är viktigt att finna ut när det är värdefullt att samverka, och när det inte behövs.

Problem som uppstår pga olika tjänstgöringsgrad i teamet är framför allt att hitta gemensamma tider för deltagarmöten, studiebesök, extra tillfällen för att arbeta med utvecklingen av arbetssättet och andra gemensamma aktiviteter. Problem med otillräckliga läkarresurser medför svårigheter för dem att ha tid för teamarbetet.

Vi saknar samarbete med Länsarbetsnämndens verksamheter, framför allt Arbetsmarknadsinstitutet. Det finns också behov att utveckla samverkan med öppenpsykiatriska mottagningar. Detta behov är särskilt tydligt för individer som är aktuella hos socialtjänsten.

Det finns uppenbar risk att andra vårdgivare vill "lämpa över" sina problempatienter till teamet. Teamets inställning till detta är att inte ta emot deltagare om inte annan medverkande vårdgivare, t ex privatläkare, behåller den del av ansvaret för individen som hör ihop med professionen, och deltar i den samordnade rehabiliteringen. När rehabiliteringen ska samordnas med vårdgivare utanför teamet blir det inte längre ett väl samordnat arbetssätt. Ansvaret för samordningen hamnar då ensidigt på den involverade teammedlemmen, och arbetet upplevs ganska tungt.

Det finns också risk att teamet får så många deltagare med lång myndighetskontakt och behov av lång rehabilitering att de inte finns utrymme för att fånga upp behovet av samordnad rehabilitering för individer i ett tidigt skede. Det är känt att en rehabiliteringsinsats är mer effektiv i ett tidigt skede än i en senare fas.

Att sjukgymnasten och arbetsterapeuten inte kan ha behandlingarna i Tuve, och att Försäkringskassans utredare arbetar halvtid för teamet medför mindre möjligheter för spontana och informella möten. Teamet upplever att möjligheter till sådana möten är värdefulla för utvecklingen av projektet.

De sju timmar psykolog per vecka som teamet fått tillgång till medger inte att psykologen blir en teammedlem, utan fungerar som extern konsult. Teamet anser att det vore värdefullt med en psykolog som teammedlem.

Slutligen vore detta utvecklingsarbete inte möjligt utan stöd och intresse från förvaltnings- och verksamhetschefer samt från våra kollegor. Det är möjligt att riksdagens intresse, försökslagstiftningen och den finansiella samordningen har bidragit till att ge den status till projektet som behövs för att våra chefer ska ha möjlighet att ge det nödvändiga stödet. Stöd, intresse och engagemang från våra chefer, medarbetare, politiker blir bränsle för vår entusiasm.

Referenslista:

1. Statens offentliga utredningar. Egon Jönsson – en kartläggning av lokala samverkansprojekt inom rehabiliteringsområdet. Betänkande. Stockholm; Fritze 1996. SOU 1996:85.
2. Hälso- och Sjukvårdskansliet för Hälso- och sjukvårdsnämnd 5 i Västra Götaland. Långsiktig plan för utveckling och utbyggnad av primärvårdsnivån. Utredningsrapport. Hälso- och Sjukvårdskansliet, Göteborg. Göteborg den 21 november 2000.
3. DELTA. DELTA-gruppen Tuve-Säve. DELTA-projekt i stadsdelen Tuve-Säve. Bilaga till Tjänsteutlåtande 1999-05-31 Dnr 1999/30. Ansökan 1999/05. Beställarförbundet DELTA. DELTA, Box 8813, 402 71 Göteborg. Göteborg 1999.
4. DELTA. Flera har börjat delta. Trycksak från DELTA-kansliet. DELTA, Box 8813, 402 71 Göteborg. Göteborg mars 2000.
5. DELTA. Sjukskriva Hisingsbor per den 20 augusti 2000. Trycksak från DELTA-kansliet. DELTA, Box 8813, 402 71 Göteborg. Göteborg mars 2000.

DELTA-teamet är en form för samverkan mellan Primärvården, Försäkringskassan och Socialtjänsten.

Vi har samarbete med:
Psykologverksamheten på
Vågmästareplatsen
Öppenpsykiatri Rimmaregatan
Arbetsförmedlingen och AMI
Vuxenutbildningen

DELTA-teamet Tuve-Säve har i uppdrag att genom samverka göra mer heltäckande bedömningar och samordna rehabiliteringen för individen.

DELTA-projektet ingår som ett av flera nationella SOCSAM-försök. Försöket innebär möjlighet till finansiell samordning och gränsöverskridande samarbete mellan myndigheterna inom välfärdssystemet.

De övergripande målsättningararna är:

- höjd livskvalitet för individen
- effektiv användning av samhällets resurser

Målgruppen för DELTA-teamet Tuve-Säve är personer i åldrarna 16-64 år med sammansatt problematik och/eller rehabiliteringsbehov som bor i stadsdelen, och

- har långvarig kontakt med socialtjänsten eller långvarig sjukskrivning, och med problem att återgå till egen försörjning ska erbjudas en samordnad rehabilitering

eller

- som bedöms kunna komma att bli långvarigt beroende av ekonomiskt stöd via någon av de medverkande myndigheterna

Dessa personer ska erbjudas tidig och samordnad rehabilitering genom DELTA-teamet Tuve-Säve

I teamet ingår följande professioner:

Från primärvården	arbetsterapeut
	distriktläkare
	kurator
	sjukgymnast
	sjuksköterska

Socialsekreterare från socialtjänsten

Utredare från Försäkringskassan

Vad är Delta?

Delta är ett av flera SOCSAM-försök i Sverige, och finns över hela Hisingen i olika former.

Genom DELTA har vi möjlighet att smverka mellan Primärvård, socialtjänst och Försäkringskassan. Vi arbetar tillsammans med dig för att du skall få en snabbare och effektivare rehabilitering, och öka din livskvalitet.

Delta teamet Tuve Säve är till för dig som

- Bor i Tuve/Säve
- Är mellan 16-65 år
- Har långvarig kontakt med social tjänst eller Försäkringskassa
- Som riskerar att bli långvarigt beroende av ekonomiskt stöd
- Har värk, spänningar, oro eller andra besvär som hindrar dig att klara dina vardagliga sysslor.

Vi gör.....

Tillsamman en kartläggning för att få fram dina möjligheter. Utifrån det går vi en plan med mål att du skall må bättre och klara din försörjning helt eller delvis. Ibland är det till en början tillräckligt att träffa en av oss i teamet. Allt eftersom är vi fler som samarbetar.

Vi har även samarbete med

Psykologverksamheten på
Vågmästareplatsen
Öppenpsykiatri Rimmaregatan
Arbetsförmedlingen och AMI
Vuxenutbildningen

Så här får du kontakt med oss

Du kan få kontakt med oss via din läkare på Tuve VC, din handläggare på Försäkringskassan, din socialsekreterare eller kontakta oss direkt!

Vad är DELTA ?

DELTA-projektet är en ny möjlighet för att bland annat utveckla rehabiliteringen, genom bättre samordning och samverkan. Dessa försök pågår just nu på sex orter i landet. Hisingen är ett av försöksområdena.

Här i DELTA-teamet Tuve-Säve samverkar primärvården, socialtjänsten och Försäkringskassan. Ett par av våra nyckelord är TIDIG och SAMORDNAD.

Vi har även samarbete med...

- Psykologverksamheten
Vågmästaregatan
- Öppenpsykiatri rimmaregatan
- Arbetsförmedlingen
- Vuxenutbildningen

DELTA-teamet Tuve-Säve är till för Dig som...

- bor i Tuve-Säve
- är mellan 16 och 65 år
- har kontakt med primärvården, socialtjänsten eller Försäkringskassan
- exempelvis besväras av värk, spänningar, oro eller andra problem med din hälsa
- behöver stöd för att klara din egen försörjning

Tillsammans med Dig gör vi...

- en undersökning för att finna dina möjligheter och problem
- ordnar så att Du får den behandling du behöver antingen med hjälp av de personer som ingår i teamet, eller genom någon annan lämplig.

Vårt gemensamma arbete ska leda till att du får en snabb och effektiv rehabilitering, må bättre och kunna återgå i ett normalt liv.

Så här får du kontakt med oss...

Du kan tala med personer Du redan har kontakt med på vårdcentralen, Primärvårdsrehab Hisingen, socialtjänsten eller Försäkringskassan.

Du kan naturligtvis också vända Dig direkt med frågor till oss i DELTA-teamet Tuve-Säve.

Vad är DELTA ?

DELTA-projektet ingår i en försöksverksamhet för att utveckla och finansiera rehabilitering genom bättre samordning och samverkan. Liknande försök pågår just nu på ytterligare fem orter i landet. På Hisingen sker arbetet i flera olika DELTA-projektet.

DELTA-teamet Tuve-Säve är ett av dessa delprojekt. Här samverkar primärvården, socialtjänsten och Försäkringskassan.

Vi har även samarbete med ...

- Psykologenheten, Vågmästaregatan
- Öppenpsykiatriska mottagningen, Rimmaregatan
- Arbetsförmedlingen
- Vuxenutbildningen
- Alla andra verksamheter inom DELTA-projektets ram

DELTA-teamet Tuve-Säve är till för Dig som...

- bor i Tuve-Säve
- är mellan 16 och 65 år
- har kontakt med primärvården, socialtjänsten eller Försäkringskassan
- exempelvis besvärar av värk, spänningar, oro eller andra problem med din hälsa
- behöver stöd för att klara din egen försörjning

Tillsammans med Dig arbetar vi för att ...

- ta reda på Dina svårigheter och möjligheter när det gäller hälsa, välbefinnande, arbete och försörjning
- planera och genomföra Din rehabilitering

Så här får du kontakt med oss ...

Du kan tala med personer Du redan har kontakt med på vårdcentralen, Primärvårdsrehab Hisingen, socialtjänsten eller Försäkringskassan.

Du kan naturligtvis också vända Dig direkt med frågor till oss i DELTA-teamet Tuve-Säve.