

Delutvärderingsrapport 2 i projekt Salut Halland, Halmstad

1. Inledning

Projekt Salut Halland (SH) på Andersberg har varit i gång i snart tre år. Efter analysseminarium 1 i april 2014 har projektet förändrats. Förutom projektledaren har alla i teamet bytts ut och den tidigare verksamheten (se Delutvärderingsrapport 1) har ersatts av ett 6-10 veckors utbildningspaket kallat *Verktyg för arbete och integration*. Det nya upplägget påbörjades i september 2014 och kallas här SH 2 för att tydliggöra förändringen av projektet och markera skillnaden mellan SH 1 (med det första upplägget) och SH 2 (med det andra upplägget). I den här delutvärderingsrapporten ges en summerande lägesbeskrivning av SH. Först finns en beskrivning av förändringen av projektet, sedan en om nuläget i projektet. Rapporten innehåller även några övergripande reflektioner och frågor som bör lyftas och diskuteras av samtliga involverade i SH.

Högskolans utvärdering fokuserar på organisationsnivån och vilka värden i projektet som kan absorberas och implementeras i de samverkande myndigheterna. Prioriterade områden är arbetssätt och samverkansformer. Individnivån tar projektet själv hand om. Tidigare utvärderingar visar att projekt som sätter in extra resurser och särskild personal för att coacha individer i utanförskap får positiva resultat på individnivån. Svårigheten och utmaningen i dessa projekt är dock att utveckla värden som går att överföra till den ordinarie verksamheten. Det är detta problem som är i fokus för Högskolans utvärderingsuppdrag.

2. Datainsamlingsmetod

Detta underlag är en del av utvärderingsloop 2 i SH. En gruppintervju genomfördes 150506 med projektteamet Amir Kaderland, projektledare, Daniel Jönsson, Arbetsförmedlare, Susanne Troff, språkpedagog och Heléne Johnsson, hälsosamordnare. De kursiva citaten i kap 4 och 5 nedan kommer från gruppintervjun med teamet. Anette Berggren, projektadministratör, har genomfört ett flertal deltagarintervjuer och skrivit intervjusammanfattningar samt satt samman en loggbok från grupperna, som vi har tagit del av och använt delar av.

En deltagarenkät med frågor om arbetsmetoder och samarbetsformer, som utvärderingsteamet tog fram i samverkan med SH, skickades ut av projektgruppen i SH till deltagare i både SH 1 och SH 2. Av cirka 250 utskickade och utdelade enkäter kom endast 45 svar in. Det ger en svarsprocent på 18 procent. Vi avrådde från postutskick och uppmanade till direkt kontakt men det verkar som att nästan alla gick ut med post. Med en så låg svarsfrekvens begränsas resultatet till just de enkäter som kommit in och kan alltså inte göra anspråk på en generalisering gällande hela populationen. Dock kan det med försiktighet användas som underlag för diskussion och bidra till analysen.

Ovanstående data insamlad april till maj 2015, utgjorde underlaget till analysseminarium 2 med styrgruppen 151026.

3. SH 1

Bakgrunden till projektet var att vårdcentralen på Andersberg hade många personer som sökte vård med problem av komplex karaktär och att de ofta kom tillbaks till vårdcentralen med sina problem. Personerna, så kallade

mångsökare, hade skiftande problematik såsom hälsoproblem, arbetslöshet, ekonomiska problem och språksvårigheter. Behovet som uttrycktes (från myndigheterna?) var att det här behövdes samordnade insatser för rehabilitering och arbetsåtergång

Andersberg är en stadsdel som avviker negativt såväl ifråga om ohälsotal som socioekonomiskt i relation till andra områden i Halmstad (Halland?). En bidragande orsak till att invånarna i Andersberg söker sig till vårdcentralen beskrevs vara att den är lättillgänglig till skillnad från många andra samhällsfunktioner som finns i centrala Halmstad och där tid måste bokas i förväg.

Erfarenheter från olika myndigheter såsom Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan med flera visar att personer med skiftande problematik är aktuella hos flera myndigheter samtidigt och slussas runt mellan dessa. Det uppstår en rundgång där lösningar på problematiken inte kommer till stånd eller tar väldigt lång tid. Intervjuer med deltagare i SH 1 har också visat att många upplever att de inte får hjälp utan hänvisas till nästa myndighet. Det är många kontakter som måste tas, tider att boka, telefontider att passa, språkproblematik och i en del fall brist på pengar till transport mm. Man upplever också i många fall att myndighetspersonerna har en nedlåtande eller kall attityd.

Starten för SH var i mars 2013 och projektet ska pågå till mars 2016. Huvudsakligt syfte och mål (från ansökan):

Arbetsmetoder inom verksamheter

- Utveckla lokala och individanpassade metoder som ökar målgruppens grad av egenförsörjning
- Minska tiden för genomströmning och bedömning av insatser kopplade till den enskildes upplevda behov
- Bättre stödja individen med insatser som främjar hälsa och förutsättningar för arbetsåtergång
- För individen erbjuda tydligt samordnade insatser utifrån en myndighetsgemensam målbild.

Samarbetsformer mellan verksamheter

- Utveckla mer ändamålsenliga arbets- och samarbetsformer mellan verksamheter som erbjuder individen rätt insats på rätt nivå i rätt tid med rätt "leverantör"
- Ta fram och arbeta mot en gemensam målbild
- Utveckla och bredda kompetens- och erfarenhetsbakgrund

I projektet fanns en projektledare som var ansvarig inför styrgruppen, samordnande, arbetsledande (gällande teamet), informationsansvarig gentemot allmänheten och de samverkande myndigheterna. Teamet bestod av: arbetsförmedlare, hälsosamordnare, pedagog och socialarbetare.

Arbets sättet var individ- och behovsstyrt inom områdena arbete, socialt arbete, hälsofrågor och språk. Man hade inga speciella telefon-, eller besökstider. Innehållet och formerna skapades ofta situationsanpassat av en teammedlem för en enskild deltagare. Det fanns inga specifika arbetsmetoder eller samarbetsformer som man utgick från. Teamet hade stor frihet att ta initiativ och pröva alla möjliga olika insatser utan styrning och koppling till implementering i myndigheternas ordinarie verksamheter (se delutvärderingsrapport 1).

4. SH 2

När det gäller SH 2 så beskrivs syfte och mål formellt ligga fast från ansökan. I praktiken har dock både arbetssätt och team samt fokus förändrats. Verksamheten beskrivs nu ha ett tydligt individfokus och bedrivs nu i form av ett 6-10 veckors utbildningspaket kallat *Verktyg för arbete och integration* med mer struktur och systematisk planering. De kallas verkstäder för att ge deltagarna verktyg som kan vara ett stöd i att hantera sin situation. Verksamheten sker inte längre i Medborgarcentrum utan i NBVs lokaler. Teamet består av samma kompetenser som i SH 1 men utan socialarbetare. Istället fyller projektledaren denna funktion i egenskap av socionom.

Upplägget är gemensamma och integrerade utbildningsinsatser för hela gruppen på förmiddagarna, måndag till torsdag. Innehållet är samhällsorientering, arbete, hälsa, kulturmöten, svenska. En timme efter lunch ges språk- och fysisk träning. Enskilt och individanpassat, flexibelt och situationsanpassat stöd ges på eftermiddagarna (påminner

om SH 1). Ett 20-tal metoder och tekniker har använts baserade på systematiskt tänkande, empowerment, rak kommunikation och bärande relationer. Fredagarna använder teamet själva till reflektion, utveckling och administration. Varje verkstad ses som en egen process och metodiken utvecklas hela tiden, både inom ett kurspaket och mellan olika deltagargrupper.

SH 2 fokuserar enligt team och styrgrupp än mer på att stödja individerna utifrån KASAM och då dimensionerna: begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Detta för att rusta individerna för bättre hälsa, vägar till arbete och integration i det svenska samhället. Språket anses vara en central komponent i sammanhanget. Ambitionen att snabbt få ut personer i praktik och arbete finns inte kvar i SH 2 då den inte anses hållbar:

Deltagarna kan inte söka jobb. De vet inte hur man går in i datorn, hur man skriver en ansökan, kan inte skriva sin adress, har svårt med språket mm. De behöver ett stöd som inte finns idag.

Arbete är orealistiskt för målgruppen. Det är viktigare att hitta en mer långsiktig lösning än ett kortsiktigt arbete som inte håller.

Vi startar individens utveckling och ger en start på åtta veckor. Sedan ska individen ta över och någon myndighet. Därför är begripligheten så viktig. Att de förstår sin situation, vad som hindrat dem i processen och vad som krävs för att komma vidare med sina mål.

Resonemanget i teamet är att det är bättre att höja KASAM-värdena och följa upp dem. Då kan individen stärkas och utvecklas för att stå på egna ben efter projektet, istället för att bara fixa en praktikplats under projektet som det inte blir något av. I SH 1 fanns enligt teamet flera exempel på snabba insatser som lett till besvikelse, arbetslöshet och en känsla av meningslöshet. Man uttrycker att arbets sättet i SH 2 ger en djupare förståelse för individens situation och vad som är viktigt för en mer hållbar återgång till arbete.

Individresultat

Enligt teamet har tre grupper om 10-14 deltagare gått 8-veckorsutbildningen och en fjärde var i slutet av sin utbildning i juni 2015. Grupp 1-3 omfattade 34 deltagare, 24 kvinnor och 9 män. Av dessa var 6 i anställning, 6 i praktik och 3 i utbildning enligt teamets uppföljning i juni 2014 vilket sammantaget är 45 procent. Siffran på antalet deltagare i SH 1 + 2 varierar mellan 281 och 347 beroende på källa. Antalet personer med offentlig försörjning (?) har enligt projektets statistik minskat med 103.

Jag vet inte om jag kan säga om mina möjligheter beror på projektet, mig själv eller arbetsmarknaden. (ur deltagarenkäten)

Ovanstående individualsiffror har vi ingen inblick i, vet inte ingångsvärdena för och kan inte värdera (se även bilaga 1). Att göra det vetenskapligt är problematiskt, kräver mycket tid och ligger utanför vårt uppdrag. En sådan värdering måste även relatera resultatet till insatserna. Vårt att reflektera över är dock att ett stort kostsamt projekt med mycket resurser säkerligen får högre individresultat än ett litet med mindre resurser. Dessutom visar forskningen att ett ensidigt fokus på kvantitativa individresultat riskerar att påverka kvalitativa organisationsresultat negativt.

5. Myndighetskopplingar och samarbetsformer

Om remisserna

Under både SH 1 och SH 2 har projektet haft svårt med remitteringen. Frågan om deltagare via remiss eller inte diskuterades vid analysseminarierna med styrgruppen i loop 2. Någon har talat mot och menat att deltagare utan remiss är en fördel för då fångar projektet upp, i myndigheternas system, osynliga individer som behöver stöd. Andra har talat för då remiss innebär en tydligare koppling till och uppföljning hos myndigheterna. För syftet i projektetansökan ser vi remiss som en viktig förutsättning. Utan remiss finns ingen beställare eller mottagare av nya arbetssätt.

Fyller SH 2 sina utbildningsplatser? Vid gruppintervjun sa projektteamet att varje verkstad hade plats för cirka 30 personer men att man bara varit 10-15 i grupperna. I efterhand har de ändrat sig och menar nu att ett realistiskt platsantal är 15-20.

Målgruppen är personer inskrivna på vårdcentralen i Andersberg eller boende i Andersberg. Teamet säger sig ha gett rik muntlig och skriftlig information till alla myndigheter. Ändå har de fått väldigt få myndighetsremisser.

Myndighet	Antal remisser
Regionen, Vårdcentralen	5
Arbetsförmedlingen	7
Försäkringskassan	0
Kommunen, Ekonomiskt Bistånd	0
Summa	12

Tabell 2: Myndighetsremisser till SH 2

Utöver remisserna har 40 personer kommit på eget initiativ till SH 2:s tre verkstäder (juni 2015). Av totalt 51 deltagare i SH 2 har endast 12 kommit via myndighetsremiss. Det är bara en femtedel.

Myndigheterna har ingen kontakt med målgruppen, saknar kunskap om deras behov, känner inte individerna och har inte mandat att skicka dem till SH.

Resonemanget i teamet verkar vara så här: Många av individerna på Andersberg är osynliga i systemen. Om de kommer med i projektet blir de synliga och kan därmed bli en belastning för myndigheterna för de är svåra att hantera. Det kan innebära att en handläggare inte skickar en individ till SH för då blir det mer jobb när hen kommer tillbaka efter åtta veckor till myndigheten.

De (handläggarna, vår anm) vill inte se problemet, hellre undvika det. Det är lättare att skjutsa runt individerna i tillfälliga åtgärder än att se orsaken.

Inom teamet så beskrivs situationen som att myndigheterna verkar blunda eller är inte intresserade. Det saknas engagemang, initiativ, bekräftelse. Responsen är svag enligt teamet.

I vardagen kan de (handläggarna, vår anm) inte engagera sig för de har inte de resurser som krävs. De väljer därför systematiskt att inte engagera sig. De reagerar bara om det behövs, de agerar inte, har ingen plan för individen. Det blir bara fragmenterade insatser.

Man pekar på att språksvårigheter (mellan presumtiva deltagare och myndighetshandläggare) kan hindra att fler personer remitteras till SH. Länken mellan chefen i styrgruppen och personalen samt mellan respektive myndighetschef verkar saknas i flera fall. Personalen drunknar i jobb, hinner inte tänka efter.

Det finns en brist på kunskap om målgruppen vilket gör att man saknar förståelse. Arbetsförmedlaren har inget att erbjuda den här gruppen. De börjar på för låg nivå. Då är det stress att träffa dem så man avstår hellre. När man inte har kontakt med målgruppen blir det svårt att skicka dem.

Det finns en stor grupp vi inte når.

Frågan är om denna grupp ingår i myndigheternas ansvar eller om regelverket och verksamhetsuppdragen inte omfattar dem?

Deltagare kommer istället spontant utifrån att de "ryktesvägen" hört om SH. Det är positivt att verksamheten fyller behov som finns hos individerna i området men SH 2 har plats för fler deltagare (än de som kommer spontant) och genom att personerna inte kommer via myndigheterna så försvåras uppföljning och överlämning.

Om vi hade specifika personer remitterade kunde vi ha en gemensam plan som fortsätter hos myndigheten efter vår verkstad.

En förklaring till bristen på remisser från myndigheterna kan vara att teamet har svaga kopplingar till ordinarie verksamheter. En har en naturlig och given direktkontakt med AF då han själv är handläggare där. På vårdcentralen har hälsosamordnaren en del kontakter. Men på FK och Socialförvaltningen finns bara kontaktpersoner som teamet rådfrågar kring individerna och deras stödbehov. På Arbetsmarknadsenheten och inom Psykvården finns inga kontaktpersoner.

På AF finns en direktingång genom en av teammedlemmarna, ändå har få remitterats. Utifrån citatet nedan så förefaller detta också till viss del bero på tidsbrist där handläggare antingen inte hinner med att fullt ut ta reda på behoven hos individen, behöver anpassa sina förslag till de ersättningsformer som finns eller kanske i första hand föreslår redan upparbetade samarbetspartner/rutiner.

På AF ska vi träffa personerna var fjärde månad. Då lär du inte känna dem. Vi träffar dem i team under en kvart, så vi får ingen kontinuitet. Under den kvarten görs de formella sakerna i ... Det är kontrollfunktionen. När det är kö på 40 personer hinns det inte med att tänka om personen passar för Salut. De känner dem inte. Snarare är de lite rädda för dem.

Varför är då myndigheterna inte intresserade?

Min känsla är att de inte riktigt ser problemet. Om de ser det måste de ta i det och då är det lättare att blunda. Det är lättare att skjutsa runt folk i systemet än att se att här finns ett problem som kräver samarbete, att man börjar från grunden och ger förutsättningar för dem som jobbar i myndigheterna. Det kräver resurser och det vill man inte släppa till. Om man väljer att inte se det behöver man inte åtgärda det.

I vardagen kan du inte engagera dig i individer som kräver mycket tid. Det skapar stress. Du drunknar i mängden människor som behöver extra stöd. Du hinner inte lära känna dem, inte kartlägga individen, det finns inget samarbete med andra myndigheter.

Idag arbetar vi ineffektivt i myndigheterna med målgruppen som innebär ett strukturellt utanförskap. Det blir inga konsekvenser om man inte arbetar med målgruppen.

Att Salut inte i första hand rekryterar deltagare från myndigheterna (ordinarie verksamheter) kan tyckas något problematiskt om vissa av de mål som uttrycktes i ansökan för projektet ska kunna uppnås. Exempelvis formulerades att projektet för individen skulle ”erbjuder tydligt samordnade insatser utifrån en myndighetsgemensam målbild” och ”Utveckla mer ändamålsenliga arbets- och samarbetsformer mellan verksamheter som erbjuder individen rätt insats på rätt nivå i rätt tid med rätt ”leverantör”. Att få deltagare remitteras via ordinarie verksamhet påverkar även vad som händer efter projektet med arbetsmetoderna och samarbetsformerna och kanske också individerna. Implementering förutsätter efterfrågan och lärande i ordinarie verksamhet. Remisser kan ses som ett uttryck för behov eller kanske t.o.m. ett problem som myndigheterna iakttagit och inte själva i sin verksamhet kan åtgärda. Remisser kan härigenom ses som ett uttryck för efterfrågan av insatser. Utan efterfrågan är risken att myndigheterna är mindre intresserade av organisationsförändringar och att projektresultaten enbart blir temporära och beroende av nya projektmedel, vilket visat sig under styrgruppsanalyserna, undantaget AF.

6. Om implementering och förändring i myndigheterna

Samtidigt som teamet anser att behovet av en KASAM-stärkande verkstad är stort för målgruppen, verkar myndigheterna allt mer ointresserade av Salut. Remissproblemet är ett uttryck för det. Teamets svaga kopplingar till myndigheterna (undantaget AF) ett annat. Bilden vi får från intervjuerna och seminarierna är att SH fungerar separerat från myndigheternas ordinarie verksamheter. Kontakterna handlar mest om projektpraktiska frågor, inte

myndighetslärande. Det talar för implementeringssvårigheter. Undantaget är AF som arbetar aktivt med kopplingarna till SH och det interna lärandet.

Samarbetsformer

Teamets sammansättning av huvudsakligen personer utan koppling till myndigheterna, deras storlek och integrerade samarbete samt deras fokus på individerna, gör det sammantaget svårt att se vad i samarbetet som kan implementeras. Samarbetsformerna i teamet bygger på flera frikopplade personer med stora resurser och teamwork på heltid, vilket förefaller realistiskt att implementera utan nya medel.

Arbetsmetoder

Enligt forskningen är förankring och delaktighet i ordinarie verksamhet avgörande för om projekt ska kunna leda till långsiktigt hållbar utveckling. I SH 2 ser vi en mycket svag förankring i ordinarie myndigheters verksamhet. I relation till Psykiatri (öppenvården), Socialförvaltningen, Arbetlivsförvaltningen samt i relation till Försäkringskassan är delaktigheten i projektet närmast obefintlig. Detta gör det sammantaget svårt att se implementeringsmöjligheter.

Vissa kontakter finns med Vårdcentralen men de är riktade till SH och mest projektpraktiska, inte riktade till vården för att överföra arbetsmetoder. Hos Arbetsförmedlingen ser vi en starkare förankring och delaktighet, främst genom att en handläggare finns i teamet och en chef i styrgruppen som tydligt försöker koppla projektets verksamhet till AF:s verksamhet. Även i relation till AF tycks dock finnas hindrande strukturer och bristande resurser vilket visar på stora implementeringssvårigheter även här.

Arbetsmetoderna i SH 2 beskrivs bestå av ett 20-tal olika aktiviteter, övningar och tekniker där bl.a. KASAM är i fokus. Många arbetsmetoder är traditionella och har prövats i tidigare projekt. Vilka som verkligen är verkningsfulla och bidrar till den hållbarhet i individers utveckling som SH önskar arbeta för, samt vilka som är realistiska att implementera är svårt att identifiera. Att tydliggöra och identifiera grad av hållbarhet är angeläget och återstår att göra. Men även om det görs är frågan om aktiviteterna går att överföra och nyttiggöra i myndigheterna när förankringen, delaktigheten, efterfrågan och intresset av SH tycks vara lågt i alla myndigheter utom AF.

7. Analysseminarium 2

Under andra analysseminariet 151026 med styrgruppen fick var och en svara på 'Hur väl tycker ni att Salut uppnått det syfte man sa att projektet skulle ha?' (deras gradering ska ses som ett arbetsmaterial / diskussionsunderlag, ej slutgiltig bedömning av projektet). Arbetsmetoder bedömdes sammantaget till cirka 3,5 på en femgradig skala och samarbetsformer till cirka 2,5.

Under första analysen över vad det är för nya eller utvecklade samarbetsformer som Salut tagit fram, såg följande som särskilt värdefullt:

Verkstaden går över olika myndigheter, man jobbar integrerat och tvärprofessionellt. Individfokus i verkstaden. Utifrån KASAM

Ögonöppnare, att man överhuvudtaget har börjat prata om dessa individer, men vi har ej byggt strukturer. Samordningen finns inom verkstaden men ej mellan verksamheter/myndigheter. Samordningen finns bara i projektet men när projektet är slut finns ej samordningen.

Tycker inte att VC varit med som man önskat från början. Vi brottades med sekretess. VC har lämnat individer till verkstäderna. Har bidragit till hälsofrämjande insatser (via Salut) men jag hade önskat och trott att det skulle ge VC (individerna) mer. VC personal har fått positiv respons kring verkstäderna från patienter, framförallt språket och den sociala gemenskapen. Mångsökare har minskat men vi har haft ett parallellt projekt där vi avdelade en kontaktsköterska för att kartlägga mångsökare.

Salut behövs mer än ett jobb (alltså att få ett jobb, kanske kortvarigt) för att det ska vara hållbart. AF har nu mer samarbete med VC (tidigare obefintligt) vilket är en 'Saluteffekt'. De har höjt medvetandegraden om problematiken på alla nivåer (från tjänstemannanivå till politiknivå)

Salut har medvetandegjort målgruppen hos högre politisk ledning och skapat ökad kulturkompetens kring utanförskap. Lite organiserat samarbete, mer ad hoc. Förväntan fanns på att man skulle komma längre organisatoriskt. Salut har tydliggjort systembegränsningar.

Under andra analysen kring vad det är för nya eller utvecklade arbetsmetoder projektet tagit fram, lyftes följande:

Skapa förtroende, synliggöra individen, ställa konkreta frågor.

Individfokuset, multikompetent team. Ger man individen all denna tid så spelar det inte så stor roll vilken metod man har. Metoden är att anpassa specifikt till varje enskild individ. Möten och tid.

Vi har aldrig tillsammans skapat någon lågtröskelverksamhet/ingång. Metoden är lågtröskelingång. Krävs kunskap.

Sokratiska frågor, personligt bemötande. Krävs en attityd.

När frågan ställdes om det finns mer konkreta arbetsätt i Salut som kan implementeras, arbetsätt som inte fanns innan, som är nya eller är en ny delmetod, blev det svårare att svara för styrgruppen.

Det är inte så unikt, man har stulit något här och där, plockat in lite härifrån och därifrån och fått ihop en bra mix, det kunde varit något annat man erbjöd. Inget skjuter ut, man kunde tagit in andra delar. Finns inget nytt under solen, du förädlar och individanpassar. Möten och tid är viktigt

Inga nyheter kanske som man kan plocka ner, men begränsat antal deltagare är en sådan beståndsdel som man kan ta ut. Handläggares incitament att jobba med dessa saker, ett gott handläggari, är någon del man kan bryta ut. Kräver personliga egenskaper hos handläggare, en genuin vilja att investera tid.

Detta är ljusår från det AF ska syssla med, förvånande att vi har en heltidstjänst här i ett projekt som är ute och seglar. Fick vi inte resurser skulle vi ej vara med. Det handlar om individanpassningen och gruppverksamheten i verkstaden, få en känsla om sammanhang. För att nå dit kan du plocka ihop lite vad som helst, men då AF talar om detta talar vi om 100 deltagare. Vi ska komma in senare, efter IST. Individerna kommer ingen vart, man ligger för långt ifrån jobb. AF's uppdrag ser inte ut så (prioritera med så tydligt individfokuserade, 7500 inskrivna). Verkstaden är intressant men av de enskilda metoder som finns i Salut är inget specifikt intressant för Af att ta in.

Projekt med verksamhet likt Salut kan ge förberedelse för samhället och leda till att individen ej medikaliserar sina svårigheter, vilket leder till att VC får färre personer. Det minskar risken att vi för ut personen i långtids-sjukskrivning, ett fack där personerna inte hör hemma och ej kommer vidare.

Summering

Summeringen var att Salut tagit fram värdefulla arbetsätt och en del samarbetsformer, men de är inte unika och de går inte att implementera i delar till ordinarie verksamheter. Projektmålen kan därmed sägas vara uppfyllda i olika grader (se ovan) inom projektet men inte vara realistiska effektmål att uppnå efter projektet. Ännu en lyckad temporär verksamhet som misslyckas att implementeras?

Hela konceptet är inte realistiskt att implementera utan nya extra resurser. Finns de hos myndigheterna? Vad är utsikten att få finansiering från respektive förvaltning? Finns det andra utvecklingsmedel än SOF?

Ska Af vara med krävs en fortsatt temporär verksamhet, finansierad av SOF, alternativt att alla myndigheter är med och pytsar in till en verksamhet.

Det är ej vårt ansvar att arbeta med de som söker vård men ej är sjuka. Vi kan jobba med prevention, men då handlar det om prevention mot sjukdom. Vi kan ej plocka ut delar, det kräver hela konceptet.

Modellen kan inte splittras upp

En svårighet är att hitta en huvudman som tar ansvar för multikompetenta team som behövs, inte bara på Andersberg.

Kanske ingen som kan ta hand om detta, oklart i framtiden

Vi kan inte utgå ifrån VC, vi måste sluta medikalisera

8. Vägska

Projektteamet är övertygat om att Salut behövs och att verksamheten fyller ett viktigt behov hos de som deltar. Deltagarenkäten, deltagarintervjuerna, loggboken och majoriteten av KASAM-testerna talar för att projektet gör gott för många individer.

Team och styrgrupp uttrycker att det finns många individer som inte är redo för arbete utan som innan ett inträde i arbetslivet behöver stärka sitt välbefinnande. En pre-rehab verksamhet nämndes som förslag på analysseminariet. Kan en sådan verksamhet rymmas inom ordinarie myndigheters verksamheter eller behövs en annan strukturlösning utanför de traditionella myndigheterna som ett komplement?

Om Salut inte kan implementeras i myndigheternas ordinarie verksamheter, kan en långsiktig finansieringslösning då utvecklas mot exempelvis en 'pre-IST verksamhet'? Det fanns röster vid analysseminariet som uttryckte en positiv tilltro till en sådan utveckling.

Styrgruppen för Salut Halland bör ta ställning till om SH ska arbeta för en implementering och därmed forma sin projektverksamhet så att det kan vara möjligt att permanenta hela eller delar av arbetssätt och samarbetsformer i en eller flera myndigheter. Eller om SH ska bygga vidare på ett eget separat spår som leder till behov av nya medel för temporär projektfortsättning. Utifrån vår bild ovan och att tiden som återstår för SH är mycket kort, kräver implementeringsspåret en kraftfull prioritering snarast för att kunna omsättas till verksamhetsutveckling i myndigheterna. Våra förslag följer nedan.

Salut står vid ett vägska. Det finns värdefulla resultat men hur ser en fortsättning ut? Det finns tre alternativ till att allt bara rinner ut i sanden:

1. Den temporära verksamheten fortsätter som idag med nya tillfälliga projektpengar från en kombination av myndigheterna och SOF
2. En mini-Salut skapas som kräver mindre resurser och därmed en mer möjlig finansieringssituation
3. Värdefulla delar identifieras, plockas ut och implementeras separat i de myndigheter som kan klara resursfrågan själva inom befintlig budgetram

Som underlag till alternativ tre finns den lista över värden som togs fram av styrgruppen under analysseminariet:

SAMARBETSFORMER

- Integrerat arbetssätt
- Tvärprofessionellt
- Utifrån KASAM
- Breddad kompetens (omvärld, kultur, språk mm)
- Samordnade insatser
- VC aktivt med, kontakter och nätverk
- Strategiskt påverkansarbete mot politiker och chefer
- Medvetandegjort målgruppen
- Individ- och KASAMfokus
- Klargjort systembegränsningar

ARBETSSÄTT

- Synliggöra individen, individanpassning
- Skapa förtroende och trygghet
- Sokratiska frågor
- Personligt bemötande
- Incitament och drivkraft hos handläggare (mod, artighet, mm)
- Begränsat antal deltagare
- Lågtröskelingång
- Tid
-

Dessa värden kan, efter bearbetning och konkretisering, användas i en implementeringsprocess i tre steg

- 1) Identifiera värdefulla arbetssätt och metoder som är realistiska att överföra till ordinarie verksamheter.
- 2) Ta fram konkreta förändringsförslag kring 1 ovan.
- 3) Organisera återkopplingar och skapa lärprocesser med strategiska mottagare i berörda myndigheter kring 2 ovan.

Styrgruppen var överens om nödvändigheten att välja strategisk riktning och att alla styrgruppsledamöter ska ta diskussionen om finansiering i sin förvaltning. Alla var för en fortsättning men osäkra på finansieringen. Någon (AF) sa att det var möjligt att få fram interna medel, flera (SOC, UAF, VC och HFAB) såg det som omöjligt.

Utvärderingen gör en tredje loop efter nyår som följer lärprocessen in i myndigheterna. Vi planerar i januari för en gruppintervju i varje verksamhet med 4-6 handläggare eller motsvarande. Varje representant i styrgruppen ansvarar för att välja ut representativa personer och hitta en gemensam tid för gruppintervjun. Viktigt att detta görs så snart som möjligt för att hitta tider då även utvärderarna kan.

Några resultat i deltagarenkäten

Vi har gjort en jämförelse mellan vad deltagarna i SH 1 (före 140901) ger för betyg jämfört med deltagarna i SH 2 (efter 140901). Svaren på frågorna och påståendena är översatt så att

'Stämmer helt' eller 'I mycket hög grad' och 'Mycket bra' ger 4
 'Stämmer ganska bra' eller 'I ganska hög grad' och 'Bra' ger 3
 'Stämmer ganska dåligt' eller 'I ganska låg grad' och 'Dåligt' ger 2
 'Stämmer inte alls' eller 'I mycket låg grad' och 'Mycket dåligt' ger 1

Viktigt att nämna är att svarsfrekvensen är mycket låg (45 av ca 250) och att medelvärdena därmed inte alls är statistiskt representativa. De som inte svarat kan ha en helt annan uppfattning.

	Medelvärden n=31-34	SH 1	SH 2
<i>Min uppfattning överlag om projektet SH är</i>		3,7	3,2
<i>Projektet har ökat mina möjligheter att kunna få ett arbete i framtiden</i>		3,3	3,0
<i>Projektet har stärkt mina möjligheter till bättre hälsa</i>		3,3	3,3
<i>Genom projektet har jag skaffat ökad kunskap om vägar till sysselsättning och utbildning för mig</i>		3,5	3,1
<i>Upplever du att du i projektet blivit mer delaktig och fått ökat inflytande över din egen utveckling</i>		3,5	3,2
<i>Upplever du att det finns en tydligare samordning i projektet mellan olika myndigheter för det stöd du behöver?</i>		3,3	3,3
<i>Upplever du en större flexibilitet i projektet än i ditt tidigare stöd?</i>		3,3	3,3
<i>Upplever du mer helhetssyn och större fokus på dina behov i projektet än i ditt tidigare stöd från myndigheter?</i>		3,1	3,1
<i>Upplever du att projektets plats i egna lokaler utanför myndigheterna är viktig?</i>		3,6	3,3

Urval av svar på öppna frågor

Positivt

Man tappar rädsla
 Mycket tid enskilt
 Personlig hjälp, inte så schemans inställning
 Följde vår situation och kollade efter hur vi mätte
 Lätt att få kontakt, få information
 De lyssnar på oss, förstår vår situation, pratar så vi förstår, har tålamod, visar många vägar
 Viljan att hjälpa oss mer personligt
 Bra bemött med de tankar jag har
 Visat väg, fått hjälp
 Förstärkt självförtroende
 Lärt sig hur man kommer in i samhället
 En cocktail

Negativt

Jag hade inget stöd från er
 Aldrig deltagit, bara på papper
 För kort tid
 För mycket praktiskt
 Deltagare som inte är motiverade
 Fick inget jobb

Övrigt

Jag vet inte om jag kan säga om mina möjligheter beror på projektet, mig själv eller arbetsmarknaden