

Terje Lie

Prosjekt belastningslidelser

- evaluering av helseforebyggende arbeid
i en kommune

RF 292/93

ROGALANDSFORSKNING

Postboks 2503
4004 Stavanger

Tlf. 51875000, telefax 51875100

Rapport nr RF 292/93

Prosjekt: Forebygging av belastningslidelser

Oppdragsgiver: SME, Sosialdepartementet

Dato: 23.12.93

Antall sider: 16

Prosjektansvarlig: Reidar Mykletun.

Prosjektnr: 813045

Tittel: Prosjekt belastningslidelser. Evaluering av helseforebyggende arbeid i en kommune

Forfatter: Terje Lie

Resymé: Prosjekt belastningslidelser er et forsøksprosjekt om helsefremmende og forebyggende tiltak på området belastningslidelser, med Sandnes kommune som prosjektansvarlig. Den forebyggende strategien for prosjektet retter seg inn både mot individuelle og strukturelle, samfunnsmessige tiltak. Prosjektet skal etter planen gå fra 1992 til 1996. Denne evalueringen er foretatt etter ca halvannet års drift. Erfaringen viser at det har vært vanskelig å få til et prosjekt som dette i kommunal regi. Det er lite integrert i den kommunale virksomheten, den organisatoriske støtten har vært svak og prosjektet har hatt få etatsovergripende funksjoner. Planlagt samarbeide mellom ulike instanser om forebyggende arbeid har vært vanskelig å få gjennomført. Det er satt i gang flere individrettede tiltak hvor oppslutningen har vært økende. RF sin rolle som FOU-institusjon i forbindelse med prosjektet har ikke vært ivarettatt på en tilstrekkelig systematisk måte.

Emneord:

1. Forebyggende helse
2. Belastningslidelser
3. Forsøksvirksomhet

ISBN: 82-7220-546-7


Prosjektleder


Direktør RF-Samfunn

Innhold

INNLEDNING	1
MÅL MED PROSJEKTET	1
PROSJEKTORGANISERING	2
VURDERING AV PROSJEKTET	3
Utfordringer - valg av profil	3
Målestokk	4
Hvordan gikk det.....	5
Bemanning, kompetanse og ressurser	5
Organisering	6
Helse- og miljøbyen	8
Systemnivå, kopling til samarbeidsparter	8
Individorienterte aktiviteter	10
Tiltak rettet mot bedrifter	11
Arbeidsutvalg - styre	13
Perspektiv framover	13

Prosjekt belastningslidelser

- evaluering

INNLEDNING

Prosjekt belastningslidelser kom i stand etter et samarbeid mellom det daværende Rådet for belastningslidelser (nå Fagutvalget for belastningslidelser) og Rogalandforskning. Hoved-ideen bak prosjektet var å drive forebyggende arbeid mot belastningslidelser med det kom-munale nivået som utgangspunkt. Prosjektet skulle etter planen legges til en eller flere kom-muner, med den kommunal forvaltning som ansvarlig for prosjektet. På grunnlag av en felles prosjektbeskrivelse¹ ble prosjektet satt i gang med midler fra SME², under programmet 'Trygd og rehabilitering'. Sandnes kommune ble forespurt om å delta i prosjektet som verts-kommune. Helse- og sosialsjef, helsesjef og fysioterapissjef deltok i utformingen av pro-sjektet.

Prosjektleder ble ansatt i august/september 1992 med arbeidssted i Sandnes. Prosjektet har til nå vært i drift i om lag 1 1/2 år. Sandnes kommune er prosjektets "eier" med arbeidsgiveransvar for prosjektansatte. Kommunen står ansvarlig for prosjektet hva angår planlegging, gjennomføring og evaluering. Det forutsettes et samarbeide med RF og Rådet for belastningslidelser.

Den evalueringen som legges fram her oppsummerer erfaringene fra prosjektet hittil. Prosjektet skal etter planen gå fram til 1996. Hensikten med denne evalueringen er først og fremst å gi en tilbakemelding som diskusjonsgrunnlag for videre drift av prosjektet.

Evalueringen er begrenset til organisatoriske sider ved prosjektet. Evalueringen individuelle tiltak som trimtiltak mv gjennomføres av Reidar Mykletun og Edvin Bru, og vil bli rapportert på et senere tidspunkt.

MÅL MED PROSJEKTET

I prosjektbeskrivelsen er prosjektet omtalt som et forsøks- og forskningsprosjekt om helsefremmende og forebyggende tiltak på området for belastningslidelser. Prosjektet skal inn-rettes på ulike nivå: individ-, arbeidsplass- og systemnivå. Målene oppsummeres på denne måten:

¹Hanssen, Knut Støle, Edvin Bru, Terje Lie og Reidar Mykletun (1992): Helse- og miljøbyen Sandnes i kamp mot belastningslidelser. Arbeidsnotat. Rogalandforskning .

²Sekretariatet for modernisering og effektivisering av helsesektoren, sosialdepartementet.

Målet på **individnivå** er å redusere forekomsten av og forverring av belastningslidelser. Reduksjon av mulig sykefravær nevnes også i målformuleringene. Målgruppen for prosjektet er personer mellom 30 og 45 år, men andre grupper kan tas med i tiltakene der det faller naturlig.

På **arbeidsplassnivå** skal prosjektet, slik det framgår av prosjektbeskrivelsen, bidra til utvikling, innretning og samordning av bedriftsinterne aktiviteter som kan bidra til å fore-bygge eller redusere omfanget av belastningslidelser. Prosjektet skal også kople bedrifts-interne tiltak med andre tiltak (med tilsvarende mål) i lokalsamfunnet ellers, i andre bedrifter og i offentlige institusjoner som trygdeetat og arbeidsmarkedsetat.

På **systemnivå** er målet å utvikle en ny samarbeidsstruktur i lokalsamfunnet der kommunene er hovedaktøren. Samarbeidsstrukturen skal åpne for felles problemdefinering, problem-løsning og evaluering. For å få dette samarbeidet i gang fortsettes medvirkning fra kommunen selv, fra statlige etater, private bedrifter og fra FOU- miljø.

Som virkemidler til å nå målene nevnes i prosjektbeskrivelsen bruk av eksisterende tiltak, utvikling og utprøving av nye tiltak mot belastningslidelser. Prosjektet skal dokumentere intervensjonsmetoder, effekter på belastningslidelser, organisering og erfaringer med samarbeidsstrukturen. Erfaringene fra kommunen er tenkt å kunne brukes som modell for andre kommuner.

I prosjektbeskrivelsen presiseres målene på ulike måter. Her nevnes noen presiseringer:

- reduksjon av utbetalinger til syke- og uføretrygd (knyttet til belastningslidelser)
- forbedre samarbeid mellom lokale, regionale og sentrale instanser i det forebyggende arbeidet
- legge forholdene til rette for medisinsk rehabilitering og yrkesrettet attføring
- tidlig intervensjon i forhold til sykemeldte
- samarbeid med trygdeetat, arbeidsmarkedsetat, primærlege, bedriftshelsetjeneste, arbeidstilsynet og kommunehelsetjeneste
- se på legenes praksis når det gjelder lengden av sykemeldinger
- tilføre kompetanse til næringslivet i HMS-arbeidet
- utvikle tilbud til deler av næringslivet som ikke har bedriftshelsetjeneste eller systematisk arbeid med belastningslidelser
- samarbeid, koordinering av eksisterende tiltak i kommunale etater og avdelinger og utvikling av nye tiltak.

PROSJEKTORGANISERING

Prosjektet blir foreslått lagt til helseavdelingen, under daglig ledelse av en forebyggings-koordinator. Koordinatoren forutsettes å ta ansvar for gjennomføring av

prosjektet etter de mål som er foreslått. Forebyggingskoordinator, eller prosjektleder som det heretter kalles, skal være bindeleddet i en modell for partssamarbeid.

Samarbeidsmodellen omfatter parter som helse- og sosialetat, kulturetat, skoleetat, teknisk etat, trygdekontor, arbeidskontor, bedrifter og FOU-organisasjon. FOU-organisasjon gis en rekke oppgaver i prosjektet som ideer til oppstarting, hjelp til utforming av koodinatorrolle, samarbeidsmodell, individrettede tiltak og organisatoriske tiltak i bedrifter, dokumentasjon av resultater og evaluering, formidling av resultater, utvikling av nettverk og veiledning ellers.

VURDERING AV PROSJEKTET

Utfordringer - valg av profil

Prosjektbeskrivelsen er en framstilling av ideer og muligheter. I de visjoner som skisseres tas det lite forbehold om problemer ved gjennomføring, man ser ikke for seg uvillige samarbeidspartnere eller 'nei' folk. Men den faktiske gjennomføringen av prosjektet er nettopp blitt et møte med begrensninger og lite entusiastiske omgivelser. Ingen, eller svært få av de parter som tenkes inngå i samarbeidsmodellen har gått og ventet på et slikt prosjekt eller står klar til å realisere ideene; den euforiske prosjektbeskrivelsen har måttet måle krefter mot et jordnært hverdags-Norge. Prosjektbeskrivelsens vekt på ideer og mangfold av muligheter er på den annen side en logisk nødvendighet. Man kan ikke gå inn for et prosjekt om innovativ virksomhet og samtidig fokusere på det umulige. Prosjektets viktigste oppgaver i en startfase blir derfor å ta entreprenørens rolle; gjøre det attraktivt å handle på nye måter, overbevise folk om at nye mønstre for organisering, samhandling og aktiviteter faktisk lønner seg. Dette er en formidabel oppgave, noe andre større helseforebyggende tiltak illustrerer, eksempelvis kampanje mot røyking og forebygging av ulykker.

Det er flere dilemma og utfordringer i helseforebyggende virksomhet. Dels er utfordringene relatert til valg av forebyggende strategi, dels er problemet å peke på gevinster i form av bedre helse eller reduserte kostnader for det offentlige og eventuelt private. Strategi gjelder valg av målgruppe og innretning på tiltakene. Tiltak kan være generelle eller spesielle. Med **generelle** tiltak tenkes på tiltak rettet mot befolkningen generelt; tiltak som holdnings-kampanjer og opplysningsvirksomhet. Med **spesielle** tiltak tenkes på tiltak rettet inn mot risikogrupper, grupper som er i risikozonen for å pådra seg belastningslidelser eller grupper som allerede har pådratt seg lidelser. Her kan tenkes tiltak som trening, behandling eller spesifikke informasjons- eller pedagogiske tilbud. Tiltakene kan være **kort-** eller **lang-siktige**. Kortsiktig tiltak kan være opptrening eller behandling mens langsiktige tiltak kan være holdningskampanjer, pedagogiske tilbud (f eks ryggskole/ mestringsstrategier) eller tiltak som samarbeidstiltak mellom trygde-kontor, primærleger, bedrifter mv. Tiltak kan rettes inn mot individnivå eller strukturnivå, f eks

individrettede tiltak som trening, mosjon, ryggskole eller på strukturnivå utvikling av parts-samarbeid eller sosiale integrasjonstiltak i lokalmiljøet. En kan også skille mellom **ressurs-tilførende** og **regulerende** tiltak. Med ressurstilførende tiltak tenkes på opplæring, informa-sjon mv mens regulerende tiltak gjelder utnytting av regler og forskrifter, f eks bruk av rekvi-sisjonsordninger og alternative sykemeldinger.

I prosjektbeskrivelsen gis prioritet til befolkningsgrupper i risiko-området; dvs. personer som har symptomer på plager, personer som søker lege eller som har kortere sykemeldinger pga belastningslidelser. Lavere prioritet gis til den problemfrie befolkningen og til grupper med betydelige plager karakterisert ved lange sykemeldinger, uføretrygd mv. Bortsett fra denne avgrensning, er prosjektet åpent for utprøving av mange typer tiltak på mange arenaer, og en har valgt å satse på et vekselvirkning mellom individ- og systemrettede tiltak. Prosjektet har hatt en ganske bred innretning mht til forebyggende strategi. Etter halvannet års drift, prøving og feiling, bør denne strategien revideres.

Prosjektbeskrivelsen omfatter en rekke forslag og ideer, ikke alle like realistiske. Det vil være et akseptabelt resultat av prosjektet å kunne dokumentere hvilke deler som realistisk har mulighet til å gjennomføres og hvilke deler som ikke vil kunne lag seg gjennomføre med noen særlig grad av sannsynlighet under de eksisterende rammer.

Målestokk

Når prosjektet skal evalueres, må dette skje i forhold til en målestokk. Det vil være urettferdig å la prosjektbeskrivelsens noe problemfrie ideverden stå som den eneste målestokk. I så fall har prosjektet tatt heller små skritt. Treg norsk hverdagsvirkelighet kan heller ikke stå som den rette målestokk. Under en slik synsvinkel har prosjektet muligens tatt noen kjempeskritt. En 'rettferdig' målestokk må ligge et sted midt imellom. En evaluering av prosjektet må ta hensyn både til ressursinnsatsen i form av bemanning, kompteansetilførsel og andre midler til rådighet.

Etter halvannet års drift må det forventes at prosjektet har tatt initiativ til tiltak på de tre nivåene: individ, arbeidsplass og systemnivå. Det vil være urimelig å forvente at samarbeids-modellen skal være fullt etablert, men det må kunne forventes at prosjektet har kommet i en konstruktiv dialog med aktuelle samarbeidspartnere, eventuelt har kunnet konkludere med områder som det ikke er mulig eller særlig sansynlig å komme videre på.

På området individrettede tiltak må det forventes aktiviteter og samarbeid med kursarrangører. Det må også være rimelig å forvente at samarbeid med bedrifter er kommet i gang og avklaringer når det gjelder bedrifter med og uten bedriftshelsetjeneste.

Hvordan gikk det

Bemanning, kompetanse og ressurser

Prosjektet i Sandnes kommune høsten 1992 med én prosjektansatt. Prosjektperioden var etter planen fra september 1992 og ut 1996. Den ansatte prosjektleder ble rekruttert fra helseavdelingen, seksjon for fysioterapi, og har faglig bakgrunn som fysioterapeut.

Prosjektleder hadde lite erfaring med prosjektarbeid. Det har derfor tatt en del tid å bli fortrolig med denne arbeidsformen. Prosjektleder har deltatt på forskjellige kurs om prosjektledelse og evaluering mv, med sikte på kompetanseheving. I nær ett år har prosjektet hatt heltidshjelp fra en stilling basert på trygdemidler.

Det har vært stilt store forventninger til prosjektets framdrift. Blant idebærerne knyttet til prosjektet, er forventningene ikke innfridd. 'Ideologene', for det meste rimelig vellykkede **menn**, har ønsket en tøffere stil fra prosjektleder og har sett for seg mer dynamikk og driv i prosjektet. Framdriften har vært vanskelig, og prosjektleder har tidvis opplevd å komme til kort. Jeg mener forventningene om raske resultater har vært for store, sett i forhold til prosjektoppgavene. Vanskene med å etablere et prosjekt om forebygging i kommunal regi, har vært undervurdert. På den annen side har nok prosjektlederens begrensede erfaringer med forsøksvirksomhet og ledelse bidratt til en noe langsom utvikling av prosjektet i denne første fasen. I en situasjon med begrenset erfaring hos prosjektleder, blir rammevilkårene for prosjektet viktige faktorer for utviklingen. Det siktes her spesielt til forhold som organisatorisk støtte og veiledning. Den organisatoriske støtten ved gjennomføringen av prosjektet har ikke vært godt nok ivaretatt og veiledningen har vært utilstrekkelig.

Prosjektplanene forutsetter veiledning fra RF og FUB, og som nevnt er det satt av midler i budsjettet til kjøp av veiledningstjenester. Erfaringene viser at behovet for veiledning har vært større enn det som faktisk er utført. RF og FUB har gitt veiledning, men i begrenset omfang. Innenfor rammen av budsjettet ligger det muligheter for veiledningsavtale mellom kommunen og RF. Noen slik avtale er ikke kommet i stand. Veiledning fra RF har derfor fått et noe tilfeldig preg. Arbeidsgiver har et ansvar for at avtale om veiledning blir inngått, men RF burde også har vært langt mer aktive i sin vurdering av behovet for veiledning og tatt initiativ for å få i stand rammeavtale om veiledning. Prosjektplanen forespeiler en bedre veiledningskontakt enn det som er gjennomført. Prosjektleder ved RF har engasjert seg for lite i prosjektet. Det må nevnes at råd fra FOU-institusjon om å starte prosjektet med en ideudvalgte l, ikke er fulgt opp. Dette kunne ha bidratt til å gjøre prosjektet bedre kjent i startfasen, men har neppe vært avgjørende for utviklingen av prosjektet.

Samlet sett har FOU-institusjonen sin rolle som veileder og støttespiller til prosjektet vært uklar. Sandnes kommune har på sin side forventet mye støtte. Det ble klart uttrykt ved starten av prosjektet at støtte fra RF var nødvendig, fordi kommunen hadde lite erfaring med denne type forsøksvirksomhet. SME på sin side har ikke ønsket en for sterk markering av FOU-institusjon i driften av prosjektet, dette ble for å holde rollen som

evaluator skilt fra rollen som driftsansvarlig. En for tett kobling mellom kommune og FOU-institusjon kunne skape uklarhet om hvem som egentlig drev prosjektet, etter departementets syn. Dette har gjort det vanskelig for RF å finne fram til en tilfredsstillende balansering av de ulike forventningene.

Framover bør behovet for videre veiledning og FOU-støtte klarlegges. Det må avklares hvilke typer veiledning RF og FUB kan gi og hvilken veiledning som eventuelt må skaffes fra andre. Det må oppnås klarhet i rollefordeling mellom FOU-institusjon og forsøks-prosjektet.

Prosjektet ble i utgangspunktet planlagt uten store driftsmidler. Tanken bak dette var å lage et 'realistisk' prosjekt som ikke krevde for store ressurser å få i gang. En regnet med at et svært dyrt prosjekt ville bli mindre attraktivt å følge opp fra andre interesserte kommuner. Det ble budsjettert med kjøp av tjenester, men i hovedsak tjenester fra FOU-institusjon i form av veiledning og støtte til utvikling av prosjektet. Lavt budsjett for driftsmidler viste seg i ettertid å bli en hemske for prosjektet. Kostnader ved initiering av individrettede tiltak ble under-vurdert. Dette gjelder både kostnader til instruktører, deltakeravgifter og stimuleringsmidler til frivillige organisasjoner som f eks idrettslag. Selv om den langsiktige strategien er at slike tiltak i størst mulig grad skal bli selvfinansierende, er det viktig å ha ekstra midler til rådighet i en oppstartingsfase. Erfaringen tilsier at det er nødvendig med driftsmidler for å dra i gang individrettede tiltak. SME har senere oppfordret kommunen til å søke om midler.

Organisering

Prosjektet ble i den første fasen lagt direkte under helsesjefen som igjen rapporterer til helse- og sosialsjef. Rent fysisk ble prosjektet lokalisert i helseavdelingen, seksjon for fysioterapi.

Erfaringene fra denne organiseringen er dårlige. Prosjektet ble fort isolert. Prosjekt-leder deltok ikke på avdelingsmøter og fikk f eks ikke tilsendt postmappe som sirkuleres til andre medarbeidere. Det var liten kontakt med avdelingen ellers og med linje-ledelsen. Prosjektet ble av andre sett på som "Janne sitt prosjekt", uten berørings-punkt med avdelingen. Den første periode av "splendid isolation" ble endret. Prosjekt-leder fikk etter en tid delta hver 14. dag i en gruppe med helse- og sosialsjef, helsesjef og fysioterapisjef. Kommunen ville på denne måten markere et større ansvar for pro-sjektet. Prosjektleder fikk likevel ikke gjennomslag for ideer om forebygging i andre deler av virksomheten. Det var vanskelig å få innpass i etaten og å bli tatt alvorlig.

Senere ble prosjektet lagt direkte inn under helse- og sosialsjefen, bl a etter påtrykk fra sosialdepartementet. Prosjektleder får nå delta på etatsmøter med andre fagsjefer en gang i uka. Dette har ikke ført til store endringer for utviklingen av prosjektet. Etter-hvert er likevel holdningene til prosjektet blitt mer positive. Bevisstheten om prosjektet i andre avdelinger er blitt bedre. Holdningsendringer merkes på flere måter. Før var innstillingen til prosjektleder : "Hva kan du gjøre for oss". Nå er holdningen: "Hva kan vi gjøre for

deg". Før regnet alle med at prosjektleder klarte seg selv og at ingen trengte involvere seg. Nå er det en mer positiv holdning til at kommunen må involvere seg i prosjektet.

Prosjektet får fra 1994 egen budsjettpost. Før var prosjektet del av budsjettet til fysioterapiseksjonen. Eget budsjettnummer gir prosjektet større status.

Organisatoriske endringer til tross, prosjektet er for lite synlig i kommunal sammenheng og har for lite etatsovergrepene funksjoner. Helhetsbildet er at prosjektet er lavt prioritert i kommunen og at linjeledelsen har forholdt seg for passiv. Prosjektet er ikke i tilstrekkelig grad blitt kommunens eie, heller ikke helse- og sosialetatens eie, bare "Jannes eie".

Utover den etatsmessige organisering, har prosjektet en egen styringsgruppe og et arbeidsutvalg. Dette kommenteres senere.

Når det gjelder den organisatoriske støtte i helse- og sosialetaten, må et par forhold nevnes. Det ene er at helse- og sosialsjefen har hatt et lengre sykefravær og har derfor ikke kunnet engasjere seg i prosjektet i tilstrekkelig grad. Et annet moment er at stillingen som helsesjef kun er en deltidstilling.

Erfaringene fra prosjektets plassering i en kommunal etat avspeiler et konfliktforhold mellom ulike arbeidsformer som etatsorganisering og prosjektorganisering. I praksis har det vist seg vanskelig å integrere disse arbeidsformene. Etaten er i stor grad organisert omkring egne mål og prioriteringer. Aktivitetene i den kommunale administrasjonen er resultat av langtidsplan-legging og tilpasning mellom oppgaver og budsjetter. Helse- og sosialetaten framstår som et relativt rutinisert system hvor omgivelsene er rimelig forutsigbare og oppgavene i stor grad er fastlagt. Dette er ikke til hinder for at etaten kan drive utviklingsarbeid, men vanligvis drives dette arbeidet fram innenfra og i tråd med omforente mål for virksomheten. Prosjektet belastningslidelse er for en stor del planlagt utenfor kommunen, med nye mål og oppgaver.

Forsøksvirksomhet som arbeidsform står på mange måter i motsetning til en etats- eller forvaltningsorientert arbeidsform. Prosjektorganisering er liten grad basert på faste innarbeidede rutiner. Hensikten med forsøksvirksomheten er til en viss grad å gå utenom etablert praksis og rutiner og kunne operere mer improvisert og 'fritt' enn det som er vanlig i en forvaltningsorganisasjon. Prosjektoppgavene blir i større grad å innarbeide nye mål for den kommunale virksomheten. Slike arbeidsformer er ikke ukjent for forvaltningsorganisasjonen, men er i flere tilfeller utformet i tilknytning til eksisterende forvaltningsoppgaver og har derfor vært lettere å knytte sammen med de daglige driftsoppgaver. Når Prosjekt belastningslidelse har hatt vanskelig for å "slå igjennom" i forvaltningen, må dette sees i sammenheng med at initiativet til prosjektet er tatt utenfor kommunen og at prosjektet er ikke tilknyttet eksisterende forvaltningsoppgaver. Prosjektet ble derfor "hjemløst" i kommunen.

Helse- og miljøbyen

Et argument for å legge prosjektet til Sandnes, var at kommunen har markert seg som helse- og miljøby, bl a gjennom sykkelbyprosjektet. I 1991 ble kommunen godkjent som medlem av WHO's 'Healthy Cities Project', noe som innebærer en rekke forpliktelser. Kommunens engasjement og planer er beskrevet i publikasjonen 'Helse- og miljøbyen, plan for 1993 - 1997'. Prosjektet belastningslidelser er nevnt som ett av nærmere 50 forskjellige tiltak og delprosjekt, og føyer seg godt inn i idégrunnlaget for planen. Forholdene skulle derfor ligge godt til rette for å gjennomføre et slikt prosjekt i kommunen. Erfaringene hittil tyder på det motsatte: prosjektet har hatt en trang fødsel, det er isolert og lite integrert i kommunens virksomhet ellers, den organisatoriske støtte har vært svak, tverretattlig samarbeid har vært vanskelig og prosjektet har vært lite synlig i kommunen.

Det må imidlertid forventes at arbeidet med Sandnes som Helse- og miljøby trappes opp og at rammevilkårene for Prosjekt belastningslidelser kan bli bedre. Det vil antakelig være en fordel om Prosjekt belastningslidelser organisatorisk ble lagt under helse- og miljøbyen. Det skal bl a tilsettes en egen prosjektleder for Helse- og miljøbyen. En organisering i tilknytning til helse- og miljøbyen kan gi et bedre faglig miljø for denne type prosjektarbeid. Rådmannen er administrativt ansvarlig for helse- og miljøbyprosjektet.

Systemnivå, kopling til samarbeidsparter

Prosjekt belastningslidelser er ambisiøst når det gjelder utvikling av partssamarbeid som strategi i det forebyggende arbeidet. Det handler her om å koordinere ressurser og å åpne for nye muligheter for samordning av tiltak mellom partene. Dette er en sentral del av prosjektet, og skiller det fra andre SME prosjekter. Noe av begrunnelsen for å støtte Sandnesprosjektet ligger nettopp dets systemkarakter og oppmerksomhet mot strukturelle forhold. Prosjektet er til nå kommet kort på dette området, men det er en positiv utvikling i forhold til enkelte parter. Andre deler står mer stille.

Trygdekontor

Det har tatt svært lang tid å få det lokale trygdekontor med på et samarbeid. Trygdekontoret vegret seg i det lengste, men har til slutt gått med på å orientere sykemeldte (pga belastningslidelser), om individrettede tiltak (trim etc).

En sentral målsetting i prosjektet var å redusere omfanget av sykemeldinger som skyldtes belastningslidelser. Dette forutsatte et samarbeid mellom trygdekontor, arbeidsmarkedskontor, primærleger, bedrifter og bedriftshelsetjeneste. Oppnådde resultater er beskjedne i forhold til målsettingen. Det er likevel positivt at kontakt med trygdekontor er etablert. Dette kan gi mulighet for utvidet samarbeide.

Problemet med å komme i inngrep med trygdekontoret er parallell til prosjektets problemer innad i kommunen. Etablerte mål og rutiner i trygdeetaten er ikke tilpasset prosjektmålene. Fra trygdekontorets side blir det sett som en ekstra belastning å samarbeide med prosjektet.

Etter at samarbeidet nå er kommet i gang, bør dette gis noe tid til å utvikle seg. Trygde-etaten som samarbeidspartner i prosjektet er viktig, og det har tatt lang tid å etablere kontakten. Hvis samarbeidet skulle stoppe opp eller bli utilfredsstillende sett fra prosjektets side, bør prosjektledelsen vurdere å ta opp saken med Rikstrygdeverket / sosialdepartementet.

Primærleger

Primærleger er kontaktet gjennom et informasjonsmøte. Det var dårlig oppslutning om møte fra legenes side. Leger har stilt seg skeptiske til deltaking i prosjektet. Legene vil ha dokumenterte resultater først. Dette er naturlig nok vanskelig, fordi målet med prosjektet nettopp er å komme fram til en slik dokumentasjon. Det har likevel vist seg at enkelte leger har begynt å henvise pasienter til noen av de åpne tiltakene. Her kan det være grunn til forsiktig optimisme. Det må likevel arbeides aktiv på dette feltet. Fortsatt informasjonsarbeid overfor leger vil trolig være viktig. I den forbindelse bør informasjon om resultater gis tilbake til legene. Under evalueringen har det også vært nevnt bruk av rekvisisjonssystemet og 'grønn resept' som mekanismer for å trekke med legene.

Fysioterapeuter

Kommunens fysioterapisjef har ansvar både for de kommunalt ansatte og de private fysioterapeutene. Dialogen med de privatpraktiserende er generelt god, og kommunen holder seg a jour med den private virksomheten. Av pasientene i privat praksis tilhører 70- 80% målgruppa for prosjektet om belastningslidelser. Kommunalt ansatte fysioterapeuter har ansvar for eldre, de sykeste syke og barn. De kommunale fysioterapeuter yter sjelden individuell behandling, men jobber mye med holdninger i personalgrupper, miljøtenkning og tverrfaglige spørsmål.

I kommunen totalt utføres 11 årsverk av kommunalt ansatte fysioterapeuter og nær 10 årsverk av private.

Fysioterapisjef ser mest nytte av Sandesprosjektet for de privatpraktiserende terapeutene. Fra kommunens sider ønsker en å få til samarbeide med denne gruppen, få dem til å tenke i nye baner, bli ved å drive mer gruppevirksomhet, gymnastikk, ryggskole og læring i å leve med belastningslidelser.

De private terapeutene har fått god informasjon om prosjektet, men initiativet har ikke gitt resultater. Terapeutene er interessert, men har ikke tid eller lokaler til å engasjere seg i prosjektet. Terapeutene jobber mye individuelt, de ønsker å fortsette med det og motsetter seg grupperettet arbeid. Alle har lange ventelister og drukner i arbeid. Sett som privat næringsvirksomhet er dette muligens en gunstig situasjon. Som del av helsetjenestene, bør det vurderes om deler av fysioterapitjenesten kan effektiviseres. Muligheter for å påvirke terapeutenes behandlingspraksis gjennom rekvisisjons-systemet bør utredes nærmere. Rekvisisjonssystemet slik det nå fungerer er en klar hindring mot å endre praksis, men terapeutene vil neppe tape økonomisk på gruppevirksomhet, etter kommunens syn.

Et annet sak er at pasientene forventer individuell behandling. Leger rekvirerer bare individuell behandling, og det er ingen etterspørsel etter gruppetilbud eller ryggskole.

De etablerte terapeutene er altså skeptiske til å legge om sin praksis. Det skal nå ansettes en ny terapeut, og kommunen håper å få vedkommende med på et opplegg. Et prosjekt i forhold til én fysioterapeut vil være av interesse

Fysioterapeuter er engasjert i prosjektet på andre måter. To kommunale fysioterapeuter arbeider på kveldstid som ledere for vanngymnastikk og trimkurs.

Kulturetat

Innad i kommunen har kontakten vært best med kulturetaten, men samarbeidet er ikke kommet særlig langt. Etaten driver få tiltak i egen regi, men utøver sin virksomhet gjennom støtteordninger til frivillige organisasjoner. For å skape interesse for prosjektet blant organisasjonene, er det nødvendig med økonomisk støtte. Kulturavdelingen har få ressurser og kan vanskelig å omdisponere egne midler. Vi kan også her se en konflikt mellom prosjektets mål og kulturetatens mål. Kulturavdelingen forventer at prosjektet skal bidra økonomisk til utvikling av tiltak og prosjekter, uten slik støttet er det lite etaten er villig til å ta på seg. Eneste tiltak kultur har gått inn for er den s k 'Gisken-trimmen'.

Erfaringene fra kulturavdelingen føyer seg bra inn i mønsteret vi finner fra andre samarbeidsparter. Prosjektet passer ikke inn i etablerte rutiner, mål, budsjetter etc.

Sett fra prosjektets side er kulturavdelingen en viktig part med sin forbindelse til frivillige organisasjoner og nærmiljø. Kulturavdelingen planlegger nå å endre sin organisasjon. Det skal bli opprettes en egen nærmiljøavdeling med ansvar for ulike distrikt i kommunen. En slik avdeling vil være en naturlig og viktig samarbeidspartner. Kulturavdeling har lang erfaring som arrangør av kurs etc. Prosjektet burde kunne utnytte denne kompetansen.

I det videre arbeid med prosjektet bør kulturavdelingen gis større oppmerksomhet. Det bør opprettes kontakt med kultursjefen. Muligheter for samarbeid med nærmiljøavdelingen bør tas opp samt spørsmål om finansiering, prioritering av målgrupper mv.

Andre kommunale etater

Det har vært lite kontakt og samarbeid med andre etater i kommunen. Teknisk etat er med i styringsgruppen for prosjektet, men hittil er det ikke funnet fram til samarbeidsoppgaver mellom etaten og prosjektet. Etaten har hatt et betydelig ansvar for sykkelbyprosjektet, og har prioritert dette arbeidet.

Det har vært liten eller ingen kontakt med sosialavdelingen i helse- og sosialetaten og med skoleetaten.

Individorienterte aktiviteter

I løpet av prosjektperioden er det satt i gang flere åpne kurs dels med fysiske aktiviteter og dels med avspennings- og pedagogiske tilbud. Kursene er subsidiert av prosjektet. Deltakerantall varierer, men i gjennomsnitt ligger tallet på 30 deltakere. Interessen for

kurstilbudet er økende. De første kursene startet opp høsten 1992, og aktiviteten økte våren 1993. Det har tatt en tid før kursene er blitt kjent og har funnet en akseptabel form. Målgrupper er folk som har plager. Kursene blir annonsert i aviser, og det er utarbeidet en folder med kursinformasjon.

Kursene skal evalueres spesielt. Som ledd i denne evalueringen inngår et eget skjema. Skjemaet er svært omfattende og kursdeltakere har reagert negativt på omfanget. Skjemaet bør kunne gjøres enklere, bl a ved å avgrense utvalget av skalaer/tester på effekter hos deltakerne. Evalueringen tar først til med kursene som startet høsten 1993. Resultatene fra evalueringen ventes ferdig i løpet av våren 1994.

Følgende kurs er nå aktive:

- Gisken-trim, gymnastikk i idrettshall, ledes av fysioterapeut, åpen for alle. Gratis.
- Avspenningsgruppe, pedagogisk rettet avspenningskurs.
- Gymnastikk i tiden, privat instruktør
- Nytt grep om egen helse, drives av pedagogisk konsulent.
- Vanngymnastikk, drives av fysioterapeut
- Mosjonsskole, drives av idrettslag

Tiltak rettet mot bedrifter

Tiltak rettet mot bedrifter har fått en sentral plass i prosjektbeskrivelsen. Bedriftssiden inngår både på systemnivå, som part i samarbeidsmodellen og på arbeidsplassnivå; som mål for forebyggende tiltak. Bedrifter er en aktuell arena for forebygging, noe som bekreftes i den epidemiologiske undersøkelsen i Sandnes kommune (Bru 1993)³. Undersøkelsen viser bl a at en stor andel av belastningsslidelsene kan tilbakeføres til forhold i arbeidslivet.

Satsing på bedriftssiden i prosjektet er blitt problematisk av flere grunner, selv om det også er oppnådd resultater på dette området.

Forebyggende HMS-arbeid (helse, miljø og sikkerhet) i arbeidslivet er viktig. Dette er erkjent av myndighetene spesielt gjennom Arbeidsmiljøloven og i den nylig innførte forskrift om internkontroll i HMS arbeidet.

I Sandnesprosjektet forutsatte en at arbeidet dels skulle skje gjennom bedriftshelsetjenesten og dels gjennom direkte kontakt med bedrifter. Prosjektet har i liten grad nådd fram overfor bedrifter og bedriftshelsetjenesten. I tillegg er BHT lite utbygd i kommunen. Enkelte bransjer har pålegg om tilknytning til BHT, andre ikke. Ikke alle bedrifter som har pålegg om BHT har knyttet seg til noen BHT-ordning. Arbeidstilsynet er myndighetenes tilsynsorgan på HMS-området og skal påse at bedriftene følger lover og for-

³Bru, Edvin (1993): Befolkningsundersøkelsen i Sandnes kommune. Rapport nr 1. Rogalandforskning.

skrifter. Etter gjeldende forskrifter (Bestillingsnr. 380, Arbeidstilsynet) skal bl a kommunestyret påse at det blir utarbeidet en samlet plan for helsetjenesten ved bedriftene i kommunene. Forskriftene er imidlertid under revisjon, og det er uvisst hvordan nye forskrifter kommer til å lyde, når det gjelder kommunenes ansvar. Nye forskrifter ventes i løpet av våren 1994.

Problemene med bedriftssiden i prosjektet knytter seg dels til forholdet mellom kommune og Arbeidstilsynet som forvaltningsorgan og dels til vansker med å komme i kontakt med bedrifter og bedriftshelsetjenesten. Det er en viss motstand i kommunen mot å gå inn på bedriftsdelen av prosjektet fordi arbeidsmiljø og BHT hører inn under ATs forvaltningsområde. Holdningen i kommunen er at det bør 'ryddes opp' på denne sektoren før kommunen eventuelt går inn med videre initiativ. Et annet problem knytter seg til bedriftshelsetjenesten som part. En ny-etablert fellesordning er kontaktet, men ønsket i første omgang ikke å delta. En bedrift som kjøper tjenester av en privatpraktiserende lege er kontaktet med forslag om kartlegging av arbeidsmiljøet og utarbeiding av tiltaksplaner. Bedriften ønsket ikke å delta i prosjektet.

Den eneste bedriftshelsetjenesten som har villet delta i prosjektet er den kommunale egenordningen. I det aller siste har også den private fellesordningen stilt seg positiv til del-takelse, men den aktuelle bedriften, Øglænd sykkelfabrikk, vil ikke inn i prosjektet før høsten 1994.

Aktivitetene rettet mot BHT ledes stort sett fra RF og går ut på kartlegging av arbeidsmiljø, med spesiell vekt på belastningslidelser og psykososialt arbeidsmiljø. RFs plan er at den enkelte BHT etterhvert overtar den mer systematiske kartleggingen og oppfølging i form av tiltaksplaner.

Kommunens BHT er tilfreds med den kartleggingen som er utført. Det videre arbeid med tiltaksplaner og gjennomføring av tiltak er et langsiktig arbeide, BHTen regner med en prosess på et par år. Tre kommunale avdelinger er knyttet til prosjektet, et sykehjem, en kontoravdeling og en kombinert kontor- og teknisk avdeling. RFs rolle i det videre arbeid vil bestå i konsultasjon etter behov.

Satsingen på bedrifter reiser flere spørsmål ut fra en praktisk og prinsipiell synsvinkel. Rent praktisk har det vært vanskelig å få tilgang til denne sektoren. For tiden er, som nevnt, bare den kommunale delen med i prosjektet, ingen private bedrifter. Den prinsipielle siden er i hvor stor grad kommunen skal engasjere på dette feltet før det er oppnådd en bedre styring av helsetjenestene her, noe som er ATs ansvar. Det savnes en strategi både for prioritering av bedrifter med og uten BHT og prioritering av bransjer. Arbeidet i forhold til BHT dreier seg om kartlegginger av arbeidsmiljø og utarbeiding av forebyggende tiltak, mens BHT sin rolle som part i samarbeidsmodellen er gitt mindre oppmerksomhet. Det er ideer om å lage et arbeidsmiljøforum, uten at noe er kommet i stand ennå.

Det initiativ som er tatt på bedriftssiden, mener jeg er i samsvar med prosjektplanene. På bakgrunn av det noe brokete bilde bedrifter, helse- og tilsynsmyndigheter utgjør, er det likevel et spørsmål om dette arbeidet bør prioriteres nå. Tatt i betraktning at det er behov

for å avgrense og konsentrere den videre innsatsen i Sandnesprosjektet, foreslår jeg at bedriftsdelen inntil videre stilles i bero. Det arbeid som er satt igang overfor den kommunale BHT bør fullføres og sees på som et delprosjekt av Sandnes-prosjektet. Arbeidet kan for en stor del ivaretas av RF og Sandnes kommunale BHT. Prosjektleder av hovedprosjektet holdes orientert og oppdateres på utviklingen.

Arbeidsutvalg - styre

Prosjektet har et arbeidsutvalg på 5-6 personer og et styre på om lag 14 personer. Arbeidsutvalget består av prosjektleder samt representanter for kommunen, FUB og RF. I styret er de samme parter representert dels med andre personer, i tillegg er SME med i styret samt representanter for andre kommunale etater og eksterne parter.

Slikt det har utviklet seg er forholdet mellom arbeidsutvalg og styre blitt et slags to-kammer system, hvor arbeidsutvalget legger fram planer etc som styret i neste omgang tar stilling til, vedtar, endrer eller forkaster.

Kommunikasjonen mellom arbeidsutvalg og styre er dårlig. Representanter for RF og FUB i styret kan f eks gå imot det deres kolleger i arbeidsutvalget har gått inn for. Et mindretall i styret er aktive.

Slik det nå fungerer er prosjektet kommet inn i en svært tungvint beslutningsprosess, og arbeidsmåten virker lite effektiv. I tillegg til arbeidsutvalg og styret, er prosjektet underlagt den kommunale linjeledelse. Hvilken rolle denne delen av prosjektledelsen skal ha i forhold til prosjektstyret, er uklar.

Hele styringsmodellen bør gjennomgås på nytt. Beslutningsprosedyrer må forenkles og effektiviseres. Styringsmodell må sees i sammenheng med eventuell overføring til Helse- og miljøbyen.

Perspektiv framover

1. Avgrensning og konsentrasjon

Prosjektet er omfattende og spriker i mange retninger. Dette er akseptabelt sett som ledd i en utprøving av muligheter og ideer. På grunnlag av erfaringene som er gjort, bør nå prosjektet samles om færre oppgaver. Det bør nå tas stilling til hvilke sider av prosjektet som skal utvikles videre og hvilke deler som eventuelt skal avvikes eller gis lavere prioritet. Vurderingen må også koples til antatte helsegevinster.

2. Lavere prioritet til arbeidsplassnivået

Én avgrensning er å nedprioritere satsing arbeidsplassnivået i bedriftsdelen. Når det gjelder belastningslidelser er det trolig mye å hente på dette området, men et prosjekt som dette, med kommunal forvaltning som base, et problematisk utgangspunkt for slik satsing. Det er behov for utviklingsarbeid overfor bedrifter og BHT. Det vil antakelig være en fordel om et slikt utviklingsarbeide kan foregå som egne prosjekt eksempelvis i samarbeid med NHO-LO, eventuelt som egne SME prosjekter.

Den aktivitet som er satt i gang i forhold til den kommunale BHT fullføres og evalueres.

3. Samarbeidsmodellen

Et hovedproblem med prosjektet har vært å komme i inngrep med etablerte instanser, etater, praktiserende helsearbeidere mv. Aktuelle samarbeidsparter har egne mål for virksomheten, egne budsjetter, egne planer, praksis og tradisjoner som binder handlingsvalg. Vansker med å få innpass på etablerte forvaltningsområder gjelder ikke bare bedriftssiden og BHT, men også parter internt i kommunen og andre offentlige etater.

Motstand mot endring i de etablerte strukturene er meget sterk og en må på det grunnlag vurdere om det er verdt å videreføre prosjektet. Et minstekrav for videreføring må være at kommunen engasjerer seg sterkere i prosjektet. Plassering av prosjektet under prosjektledelsen for Helse- og miljøbyen kan gi det en bedre platform og gjøre det mer synlig både innad i de kommunale etater og utad i forhold til befolkningen. På sikt er det likevel viktig at de relevante etater blir gjort ansvarlig overfor de forebyggende oppgaver prosjektet skal utvikle og at etatene aktivt medvirker til denne utviklingen.

3. Tiltak

De individorienterte tiltakene har etterhvert fått en bra oppslutning. Dette er et område som kan være verdt å satse videre på. Fordi det ennå ikke foreligger noen resultater fra evaluering av kursene, er det vanskelig å ta stilling til den rolle de kan ha i et framtidig forebyggende arbeid. Det vil antakelig være en fordel om de individuelle tiltakene kan sees i sammenheng med samarbeidsmodellen og eventuelt inngå som ledd i en behandlings- eller tiltakskjede.

Resultater fra befolkningsundersøkelsen i Sandnes vil foreligge ganske snart. Dette vil kunne gi grunnlag for vurderinger av satsingsområder og prioriteringer.