

Utvärdering av MMR- Multimodal Rehabilitering - DELTA

December 2014

Anette Moberg

SAMMANFATTNING

I maj 2012 beslutade DELTAs styrelse om att en ny verksamhet, Multimodal Rehabilitering (MMR), skulle startas upp. Rehabiliteringen ska leda till att deltagarna ska komma i arbete eller studier genom delmål som teamet sätter upp tillsammans med individen. MMR består av ett biopsykosocialt team där flera yrkesgrupper samarbetar kring individen enligt ett utarbetat program. Deltagandet i MMR är inte tidsbestämt och teamet fortsätter att stötta individen vid praktik, arbete eller studier.

MMR syftar, enligt ansökan om ny verksamhet, till:

- Att sjuka socialbidragstagare med smärtproblematik ska komma i arbete eller studier.
- Att vara ett komplement till övriga verksamheter på Hisingen som riktar sig till målgruppen.
- Att verksamheten ska ge tillträde till rehabilitering mot arbete för en grupp som annars hamnar utanför.
- Verksamheten ska till viss del ta vid där ViCans resurser inte räcker till.

Contextio Ethnographic AB har haft uppdraget att under hösten 2014 genomfört en ongoing evaluation av MMR. Datainsamlandet med olika aktörer har skett under två perioder; september och november.

Utvärderingen visar att personalen har utvecklat strukturer för verksamheten där teamet har gjort många lärdomar om målgruppen. Lärdomar som framkom var att teamet idag i större utsträckning kan bedöma och förstå individens behov av rehabiliteringsinsats samt att de i dag i högre utsträckning kan bedöma vilka personer som kan tillgodogöra sig rehabiliteringen på bästa sätt. En stressfaktor har varit tiden som deltagarna är inskrivna i MMR utan att komma ut i praktik, studier eller arbete. MMR-teamet uppger att samverkan fungerat mycket bra och att det varit lätt att få till flerpartsmöten. Däremot är de mer oroade över att det som beslutades på de olika mötena inte genomfördes. Ytterligare en lärdom som nämns är att personalen har fått en större roll som koordinatörer av deltagarnas kontakter med olika instanser.

Vid utvärderingstillfället saknades en utarbetad struktur kring avslut av deltagare, men det finns funderingar på att utveckla avsluten. Planerna är att utveckla såväl avsluten med en kontaktperson som har till uppgift att följa upp avslutade deltagare som att ge möjlighet till ett så kallat "tanksystem" där avslutade deltagare som går vidare till arbete eller studier kan komma in och "tanka" nya krafter och ny energi.

Utvärderingens resultat visar att organiseringen av styrgruppen och dess roll inte är tydlig. Det framkommer också behov av att diskutera MMRs verksamhet i relation till resurser och resultat. Samtliga samverkanspartner uppger att det finns ett behov av en verksamhet som MMR då ingen tidigare tagit ansvar för en samordnad rehabilitering för målgruppen. Det framkommer att målgruppen för MMR är otydlig och att flertalet upplever att målgruppen som får möjlighet att ta del av MMRs insatser är för snäv. Samtliga intervjuade uppger att MMR:s insatser har gett resultat på de deltagare som fått ta del av teamet. Samverkan uppskattas, men några efterfrågar mer formalisering i samverkanstrukturerna.

Deltagarna är mycket nöjda med sitt deltagande i MMR. Utvärderingen visar att de intervjuade deltagarna har "valsat" runt i vården under många år och haft många olika läkarkontakter.

Utvärderingen visar att deltagarna uppskattar att teamet kallat till flerpartsmöten och följt med och stöttat dem på olika möten. Flertalet av de intervjuade uppger att både socialsekreterare och läkare lyssnat mer på personalen från MMR än vad de gjort på dem. Flertalet uppger att deras relation med socialsekreteraren har förbättrats efter flerpartsmötena då de upplever att socialsekreteraren efter mötet tagit deras problematik på ett större allvar och visat mer respekt för dem.

De upplevda effekterna av MMR är många men det är oklart hur långsiktiga effekterna är. Några har klarat av att upprätthålla den mentala kapaciteten att hantera sin smärta andra inte. Vissa har fortsatt med träning och avslappning utanför MMR andra inte. Ytterligare effekter som nämns av deltagarna är att de brutit sin isolering, blivit mer utåtriktade, fått mer ork, blivit gladare, fått mer kraft och energi samt att de fått ett stöd och en trygghet i sitt liv. I flera fall har det lett till mindre nedstämdhet, samt att depression och självmordstankar försvunnit.

Av intervjuerna med deltagarna i september är det slående hur dessa deltagare genom MMR fått upp underliggande problem till ytan. Teamet har kunnat slussa dem vidare till andra instanser såsom kris- och traumaenheten, psykologhjälp, hjälp med en beroendeproblematik, psykiatrisk utredning och sömnterapi. För deltagarna intervjuade i december nämns däremot inga underliggande problem utan fokus hos dessa deltagare har varit inställt på praktik, arbete och studier.

Utvärderingen kan peka på ett antal utmaningar för verksamheten. Det framkommer att verksamheten har ett antal områden kvar att utveckla liksom att det är oklart vem som ansvarar för de långsiktiga resultaten för deltagarna. Då målgruppen är komplex med ett långtidsberoende av försörjningsstöd med smärtproblematik är det viktigt att ha ett långsiktigt förhållningssätt gentemot målgruppen för att minimera risken för att återigen hamna i försörjningsstöd. Frågan är dock hur man upprätthåller långsiktiga effekter efter avslutad rehabilitering och vems ansvar det är. Utvärderingens resultat visar att styrgruppens organisering inte fungerar tillfredsställande samt att styrgruppens roll inte är helt tydliggjord. Det finns också ett behov av att diskutera MMRs resultat gentemot de resurser som verksamheten har. När det gäller samverkan behöver strukturer ytterligare formaliseras och säkerställa att det finns en gemensam förståelse för målgruppens komplexa rehabiliteringsbehov.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. BAKGRUND	5
2. GENOMFÖRANDE AV ONGOING EVALUATION	6
2.1 UTVÄRDERINGSUPPDRAGETS GENOMFÖRANDE	6
2.2 DATAANALYS.....	7
3 OM PROJEKT MMR	8
3.1 BAKGRUND MMR	8
3.2 PROJEKTETS UPPLÄGG OCH PROCESS	8
4 MMR- TEAMETS ERFARENHETER	11
4.1 PROJEKTPROCESSEN	11
4.2 MÅLGRUPPEN	12
4.3 SAMVERKANSPARTER.....	13
4.4 STATISTIK	14
5 ERFARENHETER AV MMR FRÅN NYCKELPERSONER, STYRGRUPP OCH SAMVERKANSPARTER	15
5.1 BEHOV AV MMR.....	15
5.2 MÅLGRUPP.....	15
5.3 RESULTAT	16
5.4 STYRGRUPP OCH SAMVERKAN.....	17
5.5 VERKSAMHETSUTVECKLING/FÖRSLAG PÅ FÖRÄNDRINGAR	18
6 DELTAGARNA	19
6.1 INNAN MMR	19
6.2 Om MMR	20
6.3. SAMVERKAN	21
6.4 UPPLEVDA EFFEKTER.....	22
6.5 FRAMTIDEN OCH ARBETSMARKNADEN	23
6.6 FÖRSLAG PÅ FÖRBÄTTRINGAR	24
7 DISKUSSION, REKOMMENDATIONER OCH SLUTSATSER	25
7.1 SAMMAFATTNING	25
7.2 DISKUSSION OCH REKOMMENDATIONER	26
7.3 MÅLUPPFYLLELSE	29
7.4 SLUTSATSER	30
REFERENSER	31

1. BAKGRUND

Från och med 1 januari 2005 har Samordningsförbundet Göteborg Hisingen (DELTA) ansvaret för den finansiella samordningen mellan försäkringskassan, Göteborgs stad, arbetsförmedlingen och Västra Götalandsregionen på Hisingen. DELTA initierade 2010 en Behovsanalysgrupp¹ som genomförde en översyn av de verksamheter som bedrevs i relation till de behov som finns på Hisingen. Detta arbete resulterade i förändringar i pågående verksamheter och förslag till nya verksamheter. Inom ramen för detta arbete lyftes frågan om behovet av ett Multimodal Rehabilitering (MMR) team för klienter med en smärtproblematik inom socialtjänsten.

24 maj 2012 beslutade DELTAs styrelse om att en ny verksamhet, Multimodal Rehabilitering (MMR), skulle startas upp. Rehabiliteringen ska leda till att deltagarna ska komma i arbete eller studier genom delmål som teamet sätter upp tillsammans med individen. MMR består av ett biopsykosocialt team där flera yrkesgrupper samarbetar kring individen enligt ett utarbetat program. Deltagandet i MMR är inte tidsbestämt och teamet fortsätter att stötta individen vid praktik, arbete eller studier. Verksamheten samordnas med och länkas till den befintliga DELTA-verksamheten ViCan². Tanken är att utnyttja samordningsfördelar i redan satsade resurser och utveckla en välfungerande modell där ViCan inte räcker till.

MMR syftar, enligt ansökan om ny verksamhet, till:

- Att sjuka socialbidragstagare med smärtproblematik ska komma i arbete eller studier.
- Att vara ett komplement till övriga verksamheter på Hisingen som riktar sig till målgruppen.
- Att verksamheten ska ge tillträde till rehabilitering mot arbete för en grupp som annars hamnar utanför.
- Verksamheten ska till viss del ta vid där ViCans resurser inte räcker till.

¹ Gruppen bestod av tjänstemän för arbetsförmedlingen, socialtjänsten, Västra Götalandsregionen och försäkringskassan.

² ViCan är en arbetslivsinriktad verksamhet inom DELTA som genomför kartläggning och utredning av arbetsförmåga och som efter bedömningen kan erbjuda praktik i upp till sex månader (www.goteborg.se 2014-10-30).

2. GENOMFÖRANDE AV ONGOING EVALUATION

Contextio Ethnographic AB fick i juni 2014 uppdraget att genomföra en ongoing evaluation av den nystartade verksamheten MMR där utvärderaren följer projektet under projekttiden och kontinuerligt återkopplar resultat till styr- och projektgrupp samt andra berörda parter. Föreliggande rapport är en utvärdering för perioden januari 2013 till december 2014. Detta kapitel redogör för uppdragets utgångspunkter samt utvärderingens frågeställningar, metod och datainsamling.

Det övergripande syftet med följeforskningen är att stötta verksamhetens styrgrupp och projektledning i arbetet med att styra verksamheten mot de uppsatta målen. Utvärderaren har samtidigt en granskande uppgift (måluuppfyllelseanalys, att följa och utvärdera projektmetoder, process och resultat) och en processtödjande uppgift (synpunkter och råd, kontinuerlig dialog med projektets ledning för att bidra till att utveckla projektet och skapa förutsättningar för att skapa lärande och spridning av erfarenheter i projektet). Utvärderaren ska bidra till verksamhetens lärande genom att via processtöd och utvärderingsrapporter kontinuerligt återkoppla till projektledning, projektägare, styrgrupp och andra berörda parter inom verksamheten.

Denna utvärdering fokuserar på teamets erfarenheter och upplevelser av att starta upp ett MMR-team inom ramen för DELTA, deltagarnas upplevelser av att delta i verksamheten samverkansparternas perspektiv (socialtjänsten, primärvården, arbetsförmedlingen och försäkringskassan), samverkan med ViCan, hur MMR är ett komplement till andra verksamheter som riktar sig till målgruppen och en analys av hur ett MMR-team har för betydelse inom DELTAs verksamheter.

2.1 Utvärderingsuppdragets genomförande

En workshop kring verksamhetens verksamhetslogik genomfördes tillsammans med styr- och arbetsgrupp i augusti 2014. Verksamhetslogiken är ett verktyg som utvärderaren använder för att få projektets styrgrupp att problematisera, reflektera och konkretisera den logik som utmärker projektet i fråga, det vill säga hur man tänker sig att verksamheten ska nå de uppsatta målen genom att genomföra planerade aktiviteter. Under workshopen bröts verksamhetens övergripande målsättningar ned till mindre och konkreta delar som visar hur styrgruppen har uppfattat förutsättningarna för satsningen och den problembild som verksamheten jobbar med. Därefter skapades en visuell beskrivning av verksamhetens olika delar, resurser, deltagare, planerade aktiviteter och förväntade effekter på kort och lång sikt.

Sammanfattningsvis visade verksamhetslogiken att de förväntade resultaten för deltagare på kort sikt ska ge deltagarna tillgång till en rehabilitering, närma sig arbetsmarknaden, rätt försörjning och en ökad livskvalité genom ökad hälsa och smärthantering. På samverkansnivå ska verksamheten leda till en ökad kunskap om målgruppen och deras behov, att individen får rätt ersättning och att vara ett komplement till andra verksamheter. Verksamheten vill uppnå långsiktiga hållbara resultat för deltagarna genom empowerment, ökat deltagande i samhällslivet genom ökad tillit och hopp, ökad självinsikt och medvetenhet och en stadigvarande livskvalitet. På samverkansnivå ska verksamheten på lång sikt minska försörjningsstödet, ge samhällsekonomiska vinster, korta rehabiliteringstiderna, ge ökad kunskap om relevant metod/insats och sprida kunskaperna nationellt.

Under september samlades data in angående teamets erfarenheter av att starta upp ett MMR-team inom ramen för DELTA och deltagarnas upplevelser av att delta i verksamheten. Datan sammanställdes och återrapporterades till teamet och till styrgruppen. Under november och december samlades data in från förbundschef och processtödet inom DELTA, verksamhetsansvarig, samordnare, samverkansparter, styrgrupp och ytterligare fyra deltagare. All insamlad data har bearbetats och sammanställts i denna utvärderingsrapport.

Datainsamling

I augusti kontaktade personalen elva deltagare med frågan om de ville delta i utvärderingen. Tio deltagare tackade ja varav tre var avslutade deltagare och sju var kvinnor. Samtliga deltagare förutom två intervjuades i MMRs lokaler. En intervjuades i hemmet och en per telefon. En deltagare avbröt intervjun då smärtan blev för svår att hantera och en ny dag och tid bokades in för att slutföra intervjun. Två intervjuer utfördes med tolk och sammanlagt hade åtta av de tio intervjuade deltagarna en svårare psykiatrisk problematik. I december kontaktade personalen ytterligare fem deltagare för frågan om de ville delta i utvärderingen, fyra tackade ja. Tre av intervjuerna genomfördes i MMRs lokaler och en på telefon. De fyra deltagarna hade en medelsvår psykiatrisk problematik och samtliga intervjuade var kvinnor.

En fokusgrupp genomfördes med MMR-teamet bestående av samordnare, arbetskonsulent, sjukgymnast, kbt-terapeut, arbetsterapeut och psykolog.

Utvärderaren erhöll en lista på kontaktuppgifter till verksamhetens samverkansparter såsom socialsekreterare, personal på ViCan, läkare på vårdcentraler och handläggare på arbetsförmedlingen, totalt 25 kontakter. Förfrågan om att delta i en intervju mailades ut till samtliga varav tolv tackade ja. Av dessa tolv genomfördes tio intervjuer då två inte var anträffbara vid den inbokade tiden. Endast en läkare tackade ja till förfrågan. Fem tillfrågade samverkansparter tackade nej på grund av för låg kännedom om MMR.

Förfrågan om intervju skickades ut till samtliga sex styrgruppsrepresentanter varav fyra tackade ja till intervju. DELTAs förbundschef och processtöd intervjuades, liksom verksamhetsansvarig och samordnaren för MMR. Totalt har 32 intervjuer och en fokusgrupp genomförts.

Utöver intervjuerna har personal från Contextio deltagit i arbetsgruppsmöte och styrgruppsmöten. Utvärderaren har även tagit del av verksamhetsansökan, mötesprotokoll och verksamhetsberättelser.

2.2 Dataanalys

Fokusgrupp och intervjuer spelades in på band. Under några telefonintervjuer gjorde utvärderaren anteckningar under intervjun. Utvärderaren lyssnade därefter igenom intervjuerna och skrev ut dem i sammanfattad form. En tematisk analys har genomförts, där svar av samma karaktär sammanfattats under olika rubriker eller avsnitt. Citat har plockats ut för att illustrera de teman som framkommit genom analysen.

3 OM PROJEKT MMR

Följande kapitel är en sammanfattning av intervjuer med personal om hur de uppfattar och erfar MMR-verksamheten. Kapitlet baseras också på fakta som hämtas från verksamhetsansökan och verksamhetsberättelser.

3.1 Bakgrund MMR

2006 var samordnaren för MMR med och genomförde ett EU-projekt där ett multiprofessionellt team utredde personer som var långtidsberoende av försörjningsstöd inom socialtjänsten i Biskopsgården³. Ett resultat av projektet, enligt samordnaren, var att en majoritet av klienterna som var långtidsberoende av försörjningsstöd diagnostiserades med en smärtproblematik. Utifrån projektets lärdom insåg samordnaren behovet av rehabilitering för målgruppen och började intressera sig för MMR- metoden.

MMR är en rehabiliteringsmetod som har utvecklats för att behandla patienter med långvarig generaliserad smärta som har förhållandevis stora och komplexa rehabiliteringsbehov. Metoden förutsätter ett fast team bestående av flera professioner som planerar och samordnar åtgärder enligt ett visst program för att uppnå gemensamma mål som definieras tillsammans med patienten. MMR-team är ofta kopplade till vårdcentraler och är finansierade av statliga pengar. De statliga pengarna ställer krav på att målgruppen som får ta del av MMR-teamen är definierade utifrån vissa fastställda kriterier⁴. I verksamhetsansökan framgår att MMR- team inom primärvården vanligtvis är kopplade till ett program på åtta veckor och att insatsen är baserad på gruppverksamhet med max åtta deltagare per grupp. Det framgår inte av tidigare beskrivningar av MMR-team hur kartläggningen eller hur rehabiliteringen har genomförts.

I verksamhetsberättelsen uppger samordnaren att det finns en evidensbaserad på näst högsta nivå för att MMR ger långsiktiga effekter för långvarig ryggsmärta jämfört med mindre omfattande insatser. Samordnaren säger även att MMR minskar sjukskrivningstiden för personer som är sjukskrivna från en anställning. Samordnaren uppger dock att det inte finns några studier av en målgrupp med smärtproblematik och som är långtidsberoende av försörjningsstöd. Teamet har i sin uppbyggnadsfas därför inte kunnat efterlikna andra MMR-team och har därför även haft till uppdrag att hitta metoder som passar målgruppen.

3.2 Projektets upplägg och process

Som tidigare nämnts beslutade DELTA:s styrelse den 24 maj 2012 att en ny verksamhet, Multimodal Rehabilitering (MMR) skulle startas upp. 7 januari 2013 fanns lokaler, utrustning och all personal på plats och teamet kunde starta.

Organisation

Teamet består av en samordnare (1,0), leg arbetsterapeut (1,0), leg sjukgymnast (1,0), kbt-terapeut (1,0), arbetskonsulent (0,75), leg psykolog (0,2) och en studie- och yrkesvägledare (0,05). Från start fanns en läkare med i teamet på 20 procent men då verksamheten fick minskade anslag 2013 beslutades att den tjänsten skulle plockas bort. Läkarens roll var mer konsultativ och som ett stöd för teamet. Läkaren stöttade teamet i urval av deltagare utifrån möjligheten att tillgodogöra sig

³ Ingår sedan januari 2011 i stadsdelen Västra Hisingen.

⁴ Mer om kriterierna finns i Indikation för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta.

rehabiliteringen och hjälpte till med den psykiatriska bedömningen. Under 2014 har psykologen tagit över läkarens uppgifter med att göra psykiatriska och psykologiska bedömningar.

Förbundschefen för DELTA är uppdragsansvarig för MMR och områdeschefen för Västra Hisingen har verksamhetsansvaret och är samordnarens närmaste chef. Övrig personal i teamet ansvarar enhetscheferna i deras ordinarie tjänster inom respektive förvaltning för. MMR-teamet har också tagit del av DELTAs processtöd som stöttar alla nystartade verksamheter inom DELTA utifrån en självvärderingsmodell.

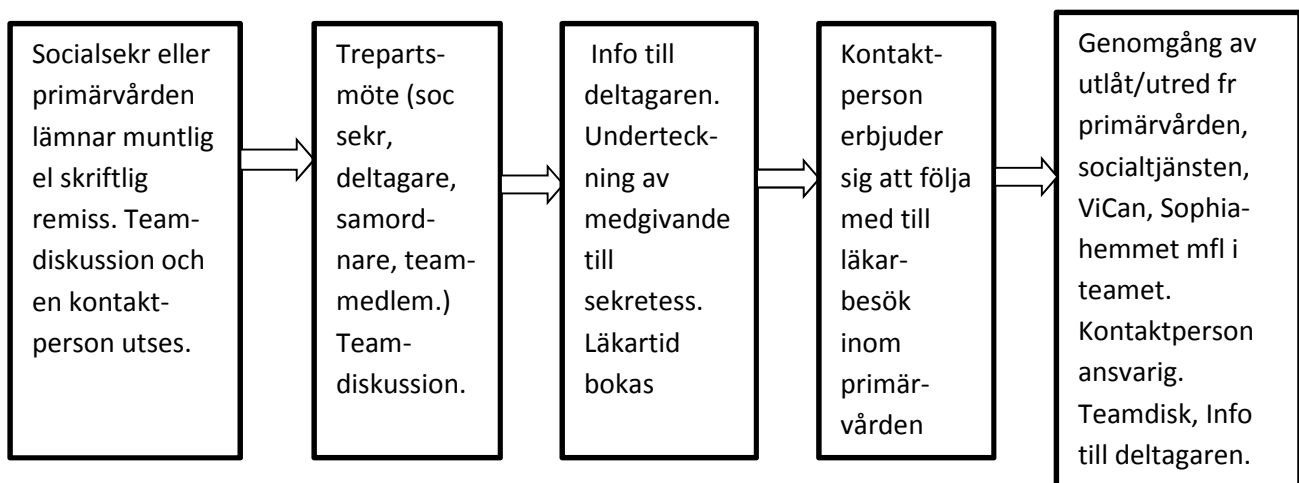
Verksamheten har en styrgrupp som sammankallas av enhetschefen för arbetsmarknadsenheten i Lundby och består av enhetschefer inom försörjningsstöd på Norra Hisingen och Västra Hisingen, sektionschef Arbetsförmedlingen Hisingen, samverkansansvarig försäkringskassan och områdeschef Primärvårds rehabiliteringen Västra Götalandsregionen. Styrgruppsmötena hålls två gånger per halvår tillsammans med ViCan.

Styrgruppen rapporterar till sina respektive chefer inom ordinarie verksamheter. Samordnaren för MMR avrapporterar resultat till förbundschefen för DELTA. Tidigare fanns en grupp bestående av verksamhetschefer från samtliga samverkanspartner men gruppen fungerade inte som önskat i och med flertalet byte av tjänster på höga chefsnivåer. Vid tidpunkten för utvärderingen (november 2014) hade gruppen startat upp igen där förbundschefen för DELTA var sammankallande. Gruppen syftar till att diskutera mer strategiövergripande frågor angående de verksamheter som finns inom DELTA.

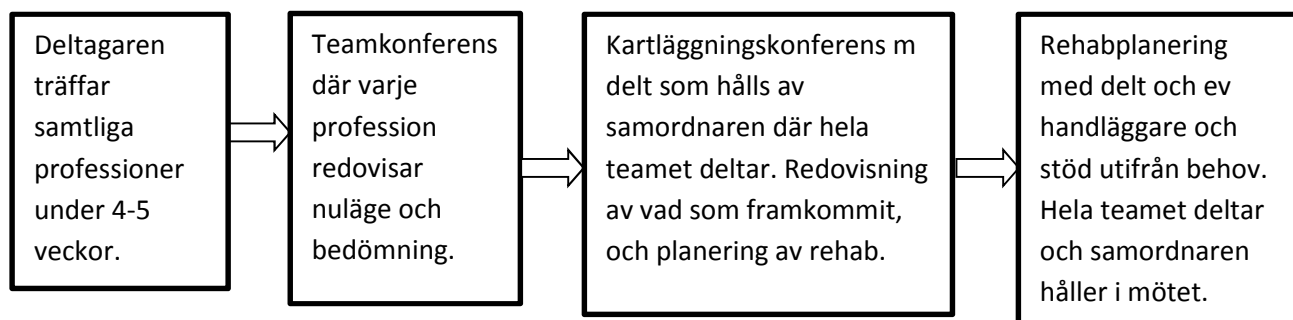
MMR-teamets arbetsprocess

Efter att en deltagare har remitterats från socialtjänsten eller primärvården görs en första bedömning om huruvida deltagaren är aktuell för MMR. Om deltagaren är aktuell så påbörjas en kartläggning och sedan fortsätter deltagaren in i rehabilitering. Nedan modell visar tre processer som deltagarna genomgår i MMR – vid ingång, kartläggning och rehabilitering. Studie- och yrkesvägledaren deltar vid behov.

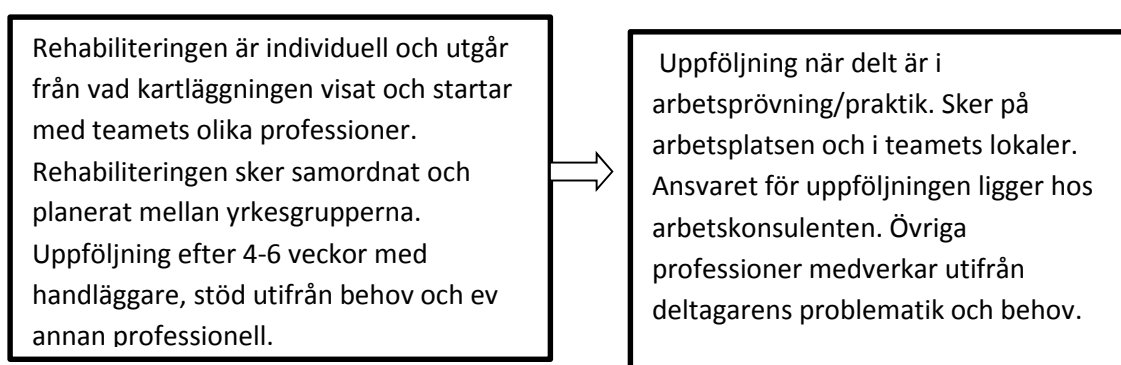
Ingång



Kartläggning



Rehabilitering



Teamet jobbar aktivt med att utveckla coworker-funktionen som innebär att stötta deltagarna utifrån varje profession i teamet när de går vidare med studier, praktik eller arbete. Syftet är att stötta deltagarna långsiktigt så att deltagarna ska kunna behålla arbete eller genomföra praktik eller studier. Rutiner gällande praktik har utarbetats men inte för arbete. Denna process kommer av naturliga skäl att bli mer intensiv ju fler deltagare som kommer ut i praktik.

4 MMR- TEAMETS ERFARENHETER

Detta kapitel redogör för de erfarenheter som MMR-teamet gjort sedan uppstart.

4.1 Projektprocessen

Samordnaren startade upp verksamheten genom att kontakta de tre befintliga MMR- team som finns i Göteborg för att bland annat diskutera hur lokalerna bör vara utformade, för att se hur teamen arbetade och hur de olika professionerna samarbetade i teamet. Uppstartsarbetet fortsatte med att rekrytera personal till teamet där samordnaren betonar vikten av att ha personal i teamet som har en vilja att förändra och hitta nya arbetssätt med den egna professionen som kärna. Dock var det svårt att få med en arbetsförmedlare i teamet vilket medförde att denna funktion ersattes med en arbetskonsulent med lång erfarenhet från kommunal verksamhet. En studie- och yrkesvägledare finns knuten till projektet men tas in vid behov.

De intervjuade i teamet uppger att uppstarten var fylld av en kreativ uppstartsanda med stort engagemang från samtlig personal. Det som teamet brottades mest med under uppstartstiden var att arbetet skulle utgå från en evidensbaserad metod, MMR, med snäva definitioner av målgruppen och vissa kriterier såsom tidaspekt och gruppverksamhet för att uppnå vetenskapligt bevisade medicinska effekter. Initialt jobbade teamet främst med att förstå målgruppen för verksamheten och insikten med att de var tvungna att lösgöra sig från den struktur som var uppbyggd kring den evidensbaserade metoden. Då de insåg att de var tvungna att bygga nya strukturer för målgruppen kom de in i en ifrågasättande fas där de funderade på om de hade kompetensen att ta emot deltagarna och det fanns en rädsla för att göra mer skada än nytta. De intervjuade uppger att de efter en period i kaos och kreativitet landade i ett accepterande av situationen.

Vi hörde ju också det att var vi än kom på studiebesök så sa de att; Oj ni kommer att träffa de svåraste. Då förstod vi aldrig riktigt vad de menade. Hur svåra kan de vara? Men allt eftersom vi lyssnade på olika föreläsare förstod vi att våra deltagare inte faller inom de uppställda kriterierna för en målgrupp för MMR. Det var mycket där vi fastnade i diskussionerna till att börja med.

De intervjuade menar att det har varit värdefullt för dem att ha en läkare med i teamet initialt men att läkarens roll var svår då denne inte hade befogenhet att skriva ut mediciner eller komma med läkarutlåtanden. Viktiga lärdomar som läkaren gav teamet var att inse vikten av sociala utredningar, huruvida deltagaren var suicidal eller inte och vikten av ärftlighet vid en missbruks- och/eller psykiatrisk problematik. En utmaning som teamet står inför nu är att involvera deltagarens egna läkare.

En skillnad, som teamet uppger, mellan upplägget från den utarbetade evidensbaserade MMR-modellen och deras verksamhet är möjligheten att jobba gruppbaserat. Flertalet av deltagarna som var med när MMR startade menade att de inte klarar av att vara i grupper. Detta bidrog till att teamet beslöt att inte driva gruppaktiviteter. Allteftersom teamets arbete utvecklats har teamet dock börjat planera för gruppaktiviteter. Detta arbete hade påbörjats vid tidpunkten för intervjun i september 2014. Anledningarna till att de funderar på att utveckla gruppaktiviteterna är att de ser att målgruppen har förändrats sedan uppstart samtidigt som de själva är tryggare i sin yrkesroll vilket gör att de är bättre rustade för att stötta deltagarna så att de klarar av att ingå i en grupp.

Under fokusgruppen framkommer också att de upplever att de har utvecklats som team. I början fanns det en liten uppdelning mellan "medicinare" som höll strikt på medicinsk rehabilitering och "socialarbetare" som ville se snabbare resultat med att få ut deltagare på praktik, arbete eller studier. Idag är båda yrkesprofessionerna öppnare för båda vägarna och mer flexibla. De intervjuade betonar vikten av att varje profession håller på sin profession samtidigt som de hittar en samsyn kring uppdraget och deltagarna.

Vid intervju tillfället i september 2014 är det få deltagare som avslutats och teamet har därför inte upparbetat någon struktur för avsluten. En av de intervjuade funderar på om det i framtiden behövs ett "tanksystem" där deltagarna som går vidare till arbete eller studier har möjlighet att komma in och få hjälp och stöd även efter avslut. En annan uppfattning som diskuteras är att utse en kontaktperson för varje deltagare som har till uppgift att följa upp de som avslutats och remitterats till annan instans.

4.2 Målgruppen

MMR-teamet uppger att de inledningsvis var mycket vida i sitt sätt att tänka och tog in deltagare med en komplex och svår problembild med svår psykiatrisk ohälsa och missbruksproblematik. För denna grupp hade teamets arbete främst varit fokuserat på välbefinnande och stöd i det dagliga livet för att höja livskvaliteten och funktionsnivån. Fokus på denna snäva grupp har inte varit inriktat på arbete eller studier i någon större utsträckning. Idag upplever teamet att de i högra grad klarar av att bemöta målgruppen men också avgöra vilka individer som bäst kan tillgodogöra sig rehabiliteringen. Faktorer som är ett hinder i en rehabiliteringsprocess kan vara missbruksproblem eller att klienten är i en rättslig process med försäkringskassan. Att deltagaren är i verksamheten under lång tid medför också att problem som tidigare inte uppmärksammas kommer upp till ytan som till exempel missbruksproblem. En lärdom är att det inte finns någon renodlad smärtgrupp inom socialtjänsten utan att det är vanligt att smärtan kommer i andra hand medan den sociala och psykiatriska delen förstoras.

En aspekt som teammedlemmarna diskuterar är tiden som deltagarna är i verksamheten och kraven på resultat från samverkansparter i och med vetskapen om den höga arbetsbelastningen både inom socialtjänsten och arbetsförmedlingen. Det vanliga i arbetet i en MMR-verksamhet är att lägga upp en åtta veckors rehabilitering för deltagarna. I DELTAs MMR-team tar det längre tid då deltagarna inte har en anställning att återgå till utan i många fall stått utanför arbetsmarknaden under en mycket lång period. De upplever att de först nyligen fått tydliga direktiv från ledningen om att metodutveckling ska prioriteras före att få ut deltagare i arbete eller studier.

Jag tycker att det är själva situationen när stressade socialsekreterare sitter med 45-50 ärenden var och vi har några stycken. Att motivera att det här behövs. Jag tyckte att det var svårt att gå från socialtjänstens mängdkrav och resultatkrav till en verksamhet som hjälper folk att må lite bättre. Även om vi kan ha väldigt bra avslut på sikt för många men gången däremellan tycker jag är svårt.

Teamet möter kraven på resultat med att diskutera vad deltagarna har för alternativ då de har gått på försörjningsstöd länge, ibland upp till 10-15 år. En av de intervjuade använder ibland begreppet social pension för att belysa den situation som deltagaren befinner sig i. De brukar även diskutera kostnaden för att göra ingenting och vikten av att få deltagarna till rätt ersättning och rätt sjukvård.

Teamet uppger att de till mycket högre grad har kommit att fungera som koordinatörer i deltagarens liv än vad de hade räknat med. Då deltagarna ofta har en komplex problembild har de kontakt med flera olika myndigheter och har utifrån sin problematik ofta svårt att själva koordinera detta. En viktig funktion som verksamheten har haft är att de efter kartläggningen har hjälpt flertalet deltagare vidare till rätt instans eller att de har behövt annan hjälp och stöd innan de har kunnat påbörja sin rehabilitering inom MMR. De intervjuade lyfter fram att många av deltagarna är stressade av relationen med sina socialsekreterare och att de inte alltid förstår de lagar som styr socialtjänsten.

Om jag har två problem ska jag gå till två ställen eller tre som inte pratar med varandra och de hakar inte i varandra. Jag kan inte formulera vad jag behöver säga för jag har ont på flera ställen och svårt att beskriva vad jag har för bekymmer. Vi hjälper till så att det blir formuleringsbart och att de kommer till rätt instans.

Efter ett och ett halvt år har teamet fått en större förståelse och insikt i vilka som kan tillgodogöra sig rehabiliteringen och successivt har de tagit in deltagare som inte haft lika stor psykiatrisk och/eller missbruksproblematik.

4.3 Samverkansparter

De intervjuade uppger att de inte har problem med att få tillstånd tre- eller fyrapartsmöten kring deltagarna varken när det gäller socialtjänsten eller primärvården. De upplever flerpartsmötena som mycket positiva men att det som händer efter mötena som mer oklart. De menar att det krävs en engagerad socialsekreterare eller läkare för att komma vidare och att de måste bevaka att det som blir överenskommet på mötet hålls. En av de intervjuade betonar att mötena inte alltid leder till en lösning eller förbättring utan ibland handlar det bara om vikten av klargörande av till exempel lagar inom socialtjänsten.

Det finns intresse för att samverka men det leder även till att det kan medföra merarbete för de olika medarbetena i de olika organisationerna. Vi kan inte känna oss säkra på att exempelvis remisser skickas iväg utan vi får bevaka så att det verkligen blir gjort. Det känns som att våra deltagare inte passar in i komprimerade organisationer med hög genomströmning av deltagare/patienter. Där är deltagarna utelämnade till engagerade medarbetare som klarar av att hantera möten med människor som har komplex problematik. Lyckade möten blir stödjande för deltagarna medan det motsatta blir ytterligare en stressor i deltagarens liv.

Teamet menar att det hade varit en klar fördel både för individen och för samhället om det gick att samverka kring en individ innan problemen blivit så komplexa. De lyfter också läkarens roll då de ser behov av att läkarna oftare kallar till flerpartsmöten. De intervjuade menar att det är viktigt att de arbetar i ett team. En lärdom är att det tar lång tid och en trygg grupp för att se det verkliga problemet och att det inte är möjligt för handläggare eller läkare att upptäcka det genom enstaka och korta kontakter på vårdcentralen eller på socialkontoret.

4.4 Statistik

Totalt har det varit 37 deltagare i MMR från och med januari 2013 till och med december 2014 varav tolv är avslutade. Av de tolv var det vanligast att man gått vidare till annan vårdgivare (tre st). En hade gått vidare till arbete

Nuläge för avslutade	Antal
Annan vårdgivare	3
Utredd nedsatt arbetsförmåga	2
Åter socialtjänsten	2
AF-samverkan	2
Arbete	1
Stödkontakt	1
Flytt	1
Total	12

Bland de 25⁵ inskrivna deltagarna är majoriteten i ingång, kartläggning och rehabilitering. Två deltagare är i arbete och tar del av coworker-funktionen samt tre är i praktik/lågtröskelverksamhet.

Nuläge för pågående	Antal
Rehabilitering	9
Intake	4
Kompl vårdgivare	3
Uppföljning/coworker	3
Arbete	2
Praktik	2
Lågtröskelaktivitet	1
Utredd nedsatt arbetsförmåga	1
Kartläggning	1
Stödkontakt	1
Total	28

Totalt har det kommit 103 förfrågningar/remisser till MMR fördelat på 82 från socialtjänsten, elva från primärvården, sju från ViCan och tre från MMR Eriksberg. 66 deltagare har inte antagits i MMR-teamet och den främsta anledningen var behov av/pågående medicinsk utredning/rehabilitering (45%) eller annan planering (23%).

Anledning	Antal
Behov av/pågående medicinsk utredning/rehab	30
Annan planering	15
Rättslig process	4
Ej smärta/försörjningsstöd	4
För låg funktionsnivå	3
Personliga skäl	3
Övrigt	3
Behov av/pågående social utredning/rehab	2
Beroendeproblematik	2
Summa	66

⁵ En och samma deltagare kan förekomma inom flera insatser.

5 ERFARENHETER AV MMR FRÅN NYCKELPERSONER, STYRGRUPP OCH SAMVERKANSPARTER

Detta kapitel redogör för erfarenheter av MMR från ansvariga nyckelpersoner inom DELTA, verksamhetsansvarig för MMR, samordnare för MMR-teamet, styrgruppen och samverkanspartner. Viktigt att notera är att styrgruppsordförande och tillika enhetschefen för arbetsmarknadsenheten i Lundby tillträdde sin tjänst i augusti 2014 och inte hade haft möjlighet att delta i det styrgruppsmöte som ägt rum efter tillträdet vid tiden för utvärderingen.

5.1 Behov av MMR

Samtliga intervjuade uppger att det finns ett behov av en verksamhet som MMR. De intervjuade samverkansparterna uppger att det finns många klienter som har någon form av oidentifierad problematik och då bland annat en smärtproblematik. Det framkommer också att det är vanligt att flertalet har valsat runt i sjukvården under många år men inte kommit tillrätta med sin problematik. Samtliga av de intervjuade uppger att det inte finns någon möjligheten eller att det är svårt att få en samlad rehabilitering för målgruppen då det är svårt att komma in i primärvårdens smärtteam. Även kön till MMR nämns som ett tecken på att det finns behov av verksamheten.

Det kan hända att personen har gått igenom ViCan för flera år sedan och blivit bollad fram och tillbaka i sjukvården. Man vet inte i vilken ända man ska börja och då tycker jag att MMR är en bra insats. Den måste finnas om vi ska få de här människorna någonstans. Jag tror ju inte på det här att gå på försörjningsstöd allt för länge för det är för lite pengar för att ha ett skäligt liv. Försörjningsstöd är inte till för att vara långvarig som den är i vissa ärenden. Samverkanspart

De intervjuade styrgruppsrepresentanterna uppger att det finns ett behov av MMR men menar också att det finns svårigheter i att bedöma behovet då underlaget är för litet samt att målgruppen är för snäv. Några tog upp frågan huruvida rehabilitering är kommunens eller sjukvårdens ansvar och att det finns ett större behov av att hitta insatser för psykisk ohälsa än smärtproblematik. Områdeschefen för primärvårdsrehab uppger att målgruppen får tillgång till rehabiliteringsinsatser inom sjukvården som till exempel sjukgymnastik och arbetsterapi men har svårt att förvalta kunskaperna och har behov av stöd under en längre tidsperiod.

Man får sjukgymnastik under en period och sedan blir det enstaka rehab-ärenden. Det ska ju inte bara vara symptomlindring utan att hitta en väg till egen försörjning. Du kanske går till en arbetsterapeut och kanske får hjälp med att hitta struktur på din vardag och knep för att hålla allt. Sedan får du ett eget ansvar att förvalta det och det är ofta där det fallerar för de har ofta inte riktigt kraft. De behöver lite mer samlad coachning för att komma vidare. Du måste ha personer runt omkring dig som hjälper dig att hålla modet uppe. Att få mod att gå vidare och inte ge upp.
Styrgruppsrepresentant

5.2 Målgrupp

Det är otydligt i vilken utsträckning de intervjuade samverkansparterna har förstått vilken målgrupp som MMR-teamet tagit emot. Några intervjuade kan definiera målgruppen och dessa sätter stor tilltro till teamets bedömningar. Majoriteten av de handläggare som har denna kännedom är från

Västra Hisingen. Samtliga intervjuade vet att deltagarna har en smärtproblematik, men många saknar kunskap om vilka andra problem som deltagarna kan ha för att få en plats i teamet. Den intervjuade läkaren uppger att målgruppen är personer som gått hos dem på vårdcentralen under en lång tid och hade en komplex problembild som behöver lösas genom gemensamma insatser.

Några av de intervjuade menar att de hinder som MMR-teamet uppger som en anledning till att deltagaren inte kan tillgodogöra sig rehabiliteringen och därmed inte kan antas i teamet är hinder som många av socialtjänstens klienter har. Vidare menar de att dessa hinder gör målgruppen för MMR mycket snäv och att det är höga trösklar för att komma in i MMR-teamet. De kriterier som flertalet ställer sig mest frågande till är att underlag från tidigare behandlingar ska finnas, att deltagarna inte får ligga i process med försäkringskassan och att det inte får vara för svåra sociala problem med tex barnen.

Några av de intervjuade betonar att målgruppen för MMR är en utsatt målgrupp då det är en grupp i behov av en samordnad rehabilitering men som på grund av sin ersättningsform inte får tillgång till det. Anledningen är att försäkringskassan och arbetsförmedlingen driver kravet på rehabilitering mot arbete hårdare än vad socialtjänsten gör samt att socialtjänsten inte har den medicinska kompetensen att bedöma läkarintyg och diagnoser utifrån ett rehabiliteringstänkande. Läkaren uppger att genom MMR-teamet får läkaren en motpart gentemot socialtjänsten att diskutera rehabilitering och återgång till arbetsmarknaden.

En av lärdomarna från MMR har varit att det finns ett bristande intresse för personer som står utanför arbetsmarknaden och att man inte har samma driv i rehabiliteringen. Det kommer från att försäkringskassan har ett annat kravsystem medan socialtjänsten inte har samma myndighetsutövande, helt enkelt. Där har vi ju jobbat på att det är en bra modell att socialsekreterare eller kontaktperson följer med klienten på ett möte på vårdcentralen.
Styrgruppsrepresentant.

5.3 Resultat

Samtliga intervjuade uppger att de upplever att MMR-teamet är till stor hjälp för deltagarna och att metoden har effekt på de deltagare som kommit med i MMR-teamet och fått tillgång till ett team med olika professioner runt sig. Beroende på hur långt deltagaren kommit i rehabiliteringen så kan de urskilja positiva effekter som personlig utveckling, bättre smärthantering och mindre oro. Även att ha kommit åt den underliggande problematiken anses som ett positivt resultat. Det har för några deltagare inneburit att de fått ett underlag för att få en bedömning som säger att de inte står till arbetsmarknadens förfogande eller för att kunna söka specialistvård.

Han som fullföljde var väldigt nöjd. Han började med att vara väldigt rädd men han upptäckte att det hjälper, att det var för honom och att det inte dokumenteras och att det inte är villkorat och att det är frivilligt. Det är viktigt att poängtera att det är för deras egen skull för att du ska kunna må bättre och inte behöva gå här för att få försörjning. Han har gått i 5-6 år och nu har han ansökt om sjukersättning. Då blir det en psykisk lättnad när de kommer fram till själva att det inte fungerar.
Samverkanspart

Samtidigt uppger samtliga intervjuade styrgruppsdeltagare att de har svårt att få en generell bild av hur effektiva MMRs metoder är då underlaget är litet (få deltagare). Samtliga styrgruppsrepresentanter efterfrågar en diskussion om MMR och dess resultat i styrgruppen. Några uppger att de har svårt att greppa MMR både gällande utvecklingen i teamet, flödet av deltagare och hur många som går vidare till arbete eller studier. Samtliga intervjuade upplever att mycket resurser läggs på få deltagare. Områdeschefen för primärvårdsrehab uppger att inom sjukvården måste man ha minst 30 deltagare per år för att få starta upp en verksamhet. Anledningen är att det krävs ett stort och brett underlag för att kunna avgöra om metoden har någon effekt och för att bygga upp teamets kompetens.

De intervjuade nyckelpersonerna uppger att det är viktigt med resultat men att teamets främsta uppgift initialt är att utveckla en metod och att hitta ett fungerande arbetssätt för målgruppen. Förbundschefen menar att utifrån DELTAs perspektiv så har en verksamhet tre år på sig att få till ett effektivt arbetssätt och att uppnå de förväntade effekterna utifrån de förutsättningar som finns.

Förbundschefen betonar att vetskapen om att det finns komplexa underliggande problem hos många av de klienter som har långvarigt beroende av försörjningsstöd också bekräftas av MMR. Han menar vidare att det är en anledning till tidigare misslyckade insatser. Någon betonar vikten av att hitta indikatorer som fångar upp deltagarna i ett tidigare skede. Några uttrycker en oro över att det initialt kan ha förekommit remitteringar för deltagare som man länge inte har hittat rätt insats för och därför remitterar utan att fundera på om deltagaren kan tillgodogöra sig rehabiliteringen eller inte.

5.4 Styrgrupp och samverkan

Initialt var tanken, enligt förbundschefen, att ha gemensamma styrgruppsmöten för MMR och ViCan, att utveckla en samverkan mellan verksamheterna som genererade lärdomar och erfarenhetsutbyte om målgruppen samt att effektivisera tiden för möten då verksamheterna finns i samma lokaler och har samma styrgruppsrepresentanter. Ursprungligen fanns det också en tanke på att det skulle vara ett flöde av deltagare mellan ViCan och MMR vilket uttrycks i verksamhetens målformulering. Intervjuerna med samverkansparter visar att MMR sågs som en insats bland alla andra och inte kopplad till ViCan.

De ska vara mer av karaktär att man ska kunna lyfta upp problem som man märker finns i teamet men som inte kan lösas i teamet utan behöver lyftas på en högre nivå – till chefsnivå. Då är det styrgruppens roll att lösa de problemen. Det är inte styrning och ledning, det handlar inte om vad resultatet är nu och vad som behöver ändras för att ändra på resultatet. Förbundschef

Organiseringen av och styrgruppens mandat ses av vissa intervjuade som otydlig och att den inte har den stödjande funktionen, att få samverkan att fungera effektivt, som den syftar till. Samtliga intervjuade styrgruppsrepresentanter ser styrgruppen som en avrapporteringsgrupp med syfte att byta information med varandra, vilket både ses som positivt och mindre positivt. Det positiva är att man får ökad kunskap om varandra, där någon betonar kunskapsöverföringen mellan primärvården, socialtjänsten och arbetsförmedlingen som viktig. Samtidigt framkommer det att styrgruppens mandat är otydligt. Det framkommer också att det råder oklarhet kring hur rapporteringen ser ut från styrgruppen till DELTA.

Både styrgruppsordförande och samordnaren uttrycker tveksamhet till hur gynnsamt det egentligen är att ha gemensamma styrgruppsmöten för MMR och ViCan. Anledningar såsom att verksamheterna skiljer sig i storlek och att verksamheterna inte samverkar lyfts fram. Samordnaren upplever också att fokus på styrgruppsmötena är kring avrapportering om kvantitativa resultat vilket inte är ett stöd i att utveckla MMR och skapa ett lärande.

Majoriteten av de intervjuade samverkansparterna är nöjda med samverkan med MMR-teamet. Samverkansmöten uppskattas av samtliga intervjuade och de som varit med om samverkansmöten vid deltagarens avslut uppskattar detta. Några vill ha mer struktur på avstämningsmöten medan andra uppger att de bedömer teamet så kompetenta att de kan uppskatta när det är dags för avstämningsmöten. Utvärderaren kan urskilja större förtroende hos de samverkansparter som kommer från Västra Hisingen.

Jag är väldigt nöjd med dem och de kallade till sista mötet så vi hade sista avslutningssamtalet hos läkaren tillsammans med klienten och arbetsterapeut och en till. Det var ett väldigt bra möte och det var väldigt noggrant. Också hade vi ett mittenmöte också. Förstår att det inte alltid är vanligt men han var så rädd och orolig. Jag upplever att de är väldigt flexibla när de väl kommer in så att allt ska fungera så bra som möjligt för personen. Samverkanspart

5.5 Verksamhetsutveckling/förslag på förändringar

Nedan är förslag på verksamhetsutveckling och förslag på förändringar som kommer från de intervjuade.

- Att alla remisser och avslagsmotiveringar ska vara skriftliga.
- Att alla som remitteras får komma till ett möte så att bedömningen om man tillhör målgruppen eller inte ska ske utifrån teamets egna bedömningar och inte handläggarens beskrivning av deltagaren.
- Att inledningsvis återupprätta en återkopplingsplan.
- Att socialsekreterare har möte med teamet och beskriver ärenden som en första urvalssortering.
- Hjälpa klienterna att få ut journalerna från sjukvården.
- Göra bedömningar för sjukersättning för de klienter som inte har de rätta underlagen.
- Att MMR ska finnas med i DELTAs ordinarie utbud.
- Utöka så att det finns MMR-team kopplade till alla socialtjänster.
- Kortare väntetider för att deltagare inte ska tappa motivationen.
- Lite högre krav på deltagarna för att korta tiden för rehabiliteringen.
- Att lokalerna inte är anpassade för smärtpatienter då det är två trappor upp.
- Samla ihop lärdomarna och sprida dem.

6 DELTAGARNA

I oktober 2014 intervjuades tio deltagare och i december 2014 intervjuades ytterligare fyra deltagare. De intervjuade deltagarna har varit med i MMR allt från några månader till ett och ett halvt år. Flertalet har innan de blev sjuka varit yrkesverksamma.

Bland de som intervjuades i september 2014 nämner samtliga intervjuade att de också har psykiska och sociala problem som påverkar smärtnivån. Det som nämns är depression, ångest, PTSD, relationsproblem, sömnproblem, boendeproblem, missbruksproblem och ekonomiska problem. Teamet har stöttat deltagarna i att söka upp andra vårdenheter för ytterligare stöd och hjälp. Tre nämner också att de har blivit utförsäkrade från försäkringskassan och att detta skapar en oro och stress, främst ekonomiskt. De fyra som intervjuades i december uppger inte samma underliggande problem utan betonar istället vikten av att ha en aktivitet och ett sammanhang för att inte fastna i negativa tankar om smärtan.

Allt är psykiskt. Det kör igång sjukdomen. Måste bearbeta alla mina saker. Jag har haft trauman och det är allvarligt och jag har inte fått någon hjälp med det. Det har gått länge. Det är som en sjukdom.
Deltagare intervjuad i september

Det tog ett tag men sedan insåg jag att det viktigaste var att jag mår mentalt bra och inte gräver ned mig i det här. De sista fem åren har handlat mer om att utveckla mig själv som person utöver min sjukdom.
Deltagare intervjuad i december

6.1 Innan MMR

Då samtliga deltagare gått med en smärtproblematik under många år framkommer det under intervjuerna att de har haft mycket kontakt med vården. Majoriteten beskriver en ständig kamp med att få gehör för sin problematik och att läkarna på vårdcentralerna oftast byter tjänst vilket resulterar i många olika läkarkontakter. Vid intervjuerna framkommer att det är vanligt att de intervjuade har fått smärtstillande mediciner utskrivna men även att de har fått sjukgymnastik eller annan enskild rehabiliteringsinsats.

Skillnaden i jämförelse med enskilda rehabiliteringsinsatser är att de på MMR hela tiden pratar om vilken väg som är rätt. De hjälper mig på vilket sätt jag ska bli bättre och de visar mig vilka vägar jag ska ta. Tidigare när jag gick på sjukgymnastik så gick jag bara på sjukgymnastik och när jag kom hem så kom de negativa tankarna tillbaka.
Deltagare intervjuad i december

Några av de intervjuade deltagarna hade innan MMR blivit utredda på smärtcentrum eller gått på samordnad rehabilitering i ett MMR-team knutet till vårdcentralen på Hisingen⁶. De deltagare som innan DELTAs MMR varit inne i primärvårdens MMR-team uppger att det finns skillnader i verksamheterna. Skillnader som nämns är att det är mer gruppaktiviteter, mindre kontakt med personalen och kortare rehabiliteringsperiod inom primärvårdens MMR-team. Primärvårdens MMR-team har inte kunnat rehabilitera tillbaka dem till arbete och anledningar som uppges är att tidsperioden (åtta veckor) är för kort, personen inte är redo för rehabilitering, aktiviteterna inte är inriktade mot arbetsmarknaden och att deltagarna har behov av längre fortsatt stöd efter avslutad rehabilitering.

⁶ MMR Eriksberg.

Ytterligare en deltagare hade gått på Jobbcentralen i väntan på att få börja på MMR. Deltagaren uppger att detta var en stor fördel då deltagarens självförtroende om sin egen kapacitet ökat genom att klara arbetsuppgifter på Jobbcentralen.

6.2 Om MMR

Förväntningar som nämns av de intervjuade deltagarna är att deltagandet ska leda till ett jobb, att få en rehabilitering utifrån ett helhetstänkande, att kunna återgå till ett arbete som är anpassat efter smärtproblematiken, att få hjälp och stöd, att få sjukgymnastik och massage samt att bryta en social isolering.

När en deltagare kommer in i MMR så genomförs en **kartläggning**. Intervjuerna visar att samtliga intervjuade i september uppskattar kartläggningen medan tre av fyra av de intervjuade i december upplever kartläggningen som jobbig då den rivit upp obearbetade känslor och trauman. Det som uppskattas med kartläggningen är främst att få en förklaring till vad som är problemet, vilka vägar som finns för att nå det uppsatta målet, att den genomfördes i ett lugnt tempo, att personalen fick en djupare förståelse för problematiken och det positiva bemötandet från personalen.

Jag är ganska så ensam och har burit allt på ryggen själv. För att kunna gå vidare så har jag valt att ignorera och glömma allt som hade hänt. När jag började här och man går tillbaks och det kommer en massa minnen och en massa rädslor kommer ut. Deltagare intervjuad i december

Några intervjuade har invändningar mot kartläggningen där det uppger att det är onödigt att ytterligare göra en kartläggning då det finns en sen tidigare, att det är för mycket papper och kartläggningsinstrument att fylla i samt ett ifrågasättande av läkarens roll då läkaren inte genomförde fysiska undersökningar.

Tabellen visar några av de mål som de intervjuade nämner att de satt upp tillsammans med teamet under kartläggningen.

Mål som nämndes

Att klara av vardagen

Att komma till studier eller arbete

Att få ett arbete som är anpassat efter smärtproblematiken

Att klara sfi

Att må bättre i kroppen och gå vidare till utbildning eller arbete

Att få träffa en psykolog

Att få ett arbete

Deltidsarbete

Att börja studera

Att komma ut i arbetsträning, studier eller praktik

De intervjuade har tagit del av de **behandlingar och jobbsökaraktiviteter** som MMR-teamet erbjuder såsom sjukgymnastik med kroppkännedom, yoga, träning, och avslappningsövningar, samtals hos KBT-terapeuten och psykologen. Arbetsterapeuten jobbar med aktivitetsträning och vardagsergonomi. Arbetskonsulenten har hjälpt till med praktikplatser, studiebesök, att titta på olika studiemöjligheter (studie- och yrkesvägledaren) och möjlighet till validering. Det framkommer också att teamet är behjälpligt med problem som uppstår i vardagen.

Sex av de intervjuade deltagarna i september uppger att de har så svåra besvär att de har remitterats vidare eller fått ett vikariat eller arbetsträning som de inte klarat av. Två av de fjorton intervjuade deltagarna uppger att de inte är redo att ta emot all den rehabilitering som MMR erbjudit då det är för intensivt. Den ena hade istället valt att gå ut på en praktikplats.

Jag sa då nej, nej. Men nu när jag har varit utanför MMR så länge så tänker jag; - Fan varför tog jag inte den möjligheten? Det hade varit så mycket lättare. Jag hade varit så mycket längre fram idag om jag hade lyssnat och tagit till mig. Deltagare intervjuad i september

En majoritet av de som intervjuades i december har deltagit i gruppaktiviteterna som MMR påbörjade under hösten 2014. Samtliga uppskattar grupperna och uppger att de tillfört kunskap, träning och social tillvaro.

Bland samtliga intervjuade är det tre som avslutat sitt deltagande i MMR och en som är osäker på huruvida hen är inskriven. En av de avslutade upplever avslutet som ett tydligt och bra avslut med ett flerpartersamtal. Övriga två avslutade deltagare gick vidare till annan insats/vårdenhet och upplever att de blev avslutade för tidigt och att det efter avslut inte funnits någon uppföljning eller kontakt med MMR.

Då blev det bara ett abrupt slut och då får du allt där och då kan du gå där. Det blev så konstigt alltihopa. Jag blev lite paff faktiskt. Det var väldigt tråkigt. Nu när jag ser på det i efterhand så skulle de se till att det verkligen gick till så som arbetsförmedlingen hade lovat. Jag känner att jag blev lurad på min sjukgymnast. Deltagare intervjuad i september

Jag fick hopp om livet och tyckte att det var riktigt roligt. Jag pratade med arbetskonsulenten och han hade idéer och tankar. Upplevde tiden i teamet som väldigt positivt. Helt plötsligt upplevde jag att det fanns en mening med allting och hittade lusten tillbaka och sedan tog de bort den från mig i samma andetag. Deltagare intervjuad i september

6.3. Samverkan

Tydligt i intervjuerna med deltagarna är att de deltagare som intervjuades i december har mycket tydligare uppfattning om uppföljningsmötena, både vad de syftade till och när de i tid skulle hållas. Samtliga intervjuade deltagare uppskattar teamets roll som koordinatörer. Deltagarna betonar främst vikten av att personalen är med i mötet med socialsekreteraren men även i mötet med läkaren. När det gällde flerpartersmöten upplever flertalet av de intervjuade att främst socialsekreteraren, men även läkaren, fick en större förståelse för deras situation när personal från teamet var med och förklarade situationen.

När vi hade flerpartersamtal så pratade personalen ur teamet och då tändes ett ljus hos socialsekreteraren och hon lyssnade på dem. Och efter det har hon blivit lite bättre. Hon har lyssnat på vad jag har sagt till dem och vad de pratade om. Hon hade tagit till sig detta på ett annat sätt. Hade jag sagt detta till henne så tror jag inte att hon hade lyssnat på mig. Hon lyssnade på dem. Hon har kommit med egna idéer och förslag på hur vi kan gå vidare för att hjälpa mig och det har hon inte gjort innan. Läkaren lyssnade också väldigt ordentligt på MMR. Det var som att de väckte dem. Deltagare intervjuad i september

Flertalet av de intervjuade uttrycker att deras relation med socialsekreteraren blivit bättre efter att personal från MMR varit med på flerpartsmöten. De upplever att socialsekreterare, men även läkare, nu tror på deras berättelser och de upplever inte samma stress när de träffar sin socialsekreterare. Några uppger också att de har rätt ut missförstånd gällande lagar inom socialtjänsten. Några av de intervjuade menar att det är svårt att själv vara informationsbäraren mellan de olika myndigheterna och att de inte alltid kommer ihåg all information om sig själv.

Endast en av de fjorton intervjuade upplever att samverkansmötena är jobbiga och då var det främst att själva situationen kändes utlämnande med att ha olika professioner som riktar allt fokus på deltagaren.

6.4 Upplevda effekter

Samtliga deltagare har upplevt effekt av att delta i MMR men det är olika hur långsiktiga effekterna verkar vara. Några upplever korta stunder av lindring men att problemen och smärtan sen kommer tillbaka medan andra har fått mer långsiktiga effekter på sina liv.

Att få kunskap om smärthantering, redskap och verktyg att konkret utföra både praktiskt och mental smärtlindring samt hjälp och stöd med att upprätthålla smärthantering är viktigt visar intervjuerna. Många uppger att de har fått praktisk hjälp och stöd att hantera smärtan bland annat genom hjälpmedel i hemmet och hjälp och stöd med hur de ska underlätta hemarbetet för att inte öka smärtan i kroppen. Likaså med avslappningsövningar, stresshantering och råd och tips om att röra på sig och träna. Några betonar vikten av den mentala smärthanteringen där de får hjälp med att styra tankarna bort från smärtan och uppmuntras till sociala aktiviteter. De uppstartade gruppaktiviteterna upplevs som en social aktivitet där deltagarna får nya bekanskskaper att dela erfarenheter med och en möjlighet att för en stund tänka på annat än sin smärta.

Intervjuerna visar att deltagarnas främsta svårighet är att upprätthålla det de lärt sig på MMR i vardagen. Svårast verkar det vara att upprätthålla den mentala smärthanteringen där endast fem (varav tre är intervjuade i december) av fjorton intervjuade deltagare beskriver samma nivå av smärta sedan innan de började i MMR men att de idag upplever att de har kontroll över smärtan. Den nystartade gruppaktiviteten där mental smärthantering tas upp upplevs som positiv. En positiv effekt av smärthanteringen som nämns är att en deltagare har lärt sig att generera sina krafter.

Värken finns ju där men jag glömmer av den lite mer på ett litet annat sätt. Det har de stöttat mig med väldigt mycket. Nu har jag kommit in där jag själv kan styra mitt liv. Om jag inte sover på natten då vet jag att de timmarna kan jag ta igen på dagen. Det är en otrolig trygghet. Då har jag kommit till den sitsen igen att jag kan kontrollera mitt liv själv. Jag har kommit in i den biten att så här kan jag ha ett drägligt liv och det har jag accepterat att jag har det så här. Deltagare intervjuad i september

Det framkommer även att flertalet av de intervjuade har svårt att upprätthålla de instruktioner som sjukgymnasten ger dem för avslappning, träning och rörelse. De uppskattar sjukgymnastens rehabilitering på MMR men har svårt att hitta kraften att själva genomföra det och särskilt i tider när nedstämdhet tar över. Tre deltagare uppger att de kommit igång med regelbunden träning genom MMR och en deltagare menar att hen upprätthöll en träningsnivå redan innan MMR. Deltagarna som intervjuades i december nämner att de uppskattar träningen och några har insett vikten av att träna flera gånger i veckan för att upprätthålla rörligheten i kroppen och att bli mer medveten om olika kroppsställningars påverkan på smärtan.

Jag har inte kunnat ta med mig några av de här övningarna för jag får inte den ron. Jag vet vad hon har rekommenderat. Jag ser framför mig även nu hur hon lade mig och vad jag ska ha för att underlätta men jag tar inte den tiden till mig. Jag måste ut till någon och få den hjälpen. Jag kan inte ge mig det själv. Jag saknar den hjälpen. Jag känner att de gav mig energi att ta tag i mitt liv. Det gjorde de. Annars hade jag inte arbetstränat idag. De pushade mig lagom så att jag kunde ta mig ut. Deltagare intervjuad i september

Flera uppger att de idag äter mindre smärtstillande mediciner vilket några hade börjat med före MMR men några också under sin tid i teamet. Några uppger att de upplever att smärtan har blivit lindrigare av rehabiliteringen, några att de kan hantera smärtan bättre idag och några betonar den kortvariga smärtlindring som de upplever av att komma till sjukgymnasten och få sjukgymnastik och massage. Några uppger att de varit i verksamheten för kort tid för att de nya verktygen ska leda till beteendeförändringar.

Ytterligare en effekt som nämns av flertalet är vikten av att bryta en isolering, att de blivit starkare, mer utåtriktade, fått mer ork, blivit gladare, fått mer kraft, fått ett hopp, mer positivt tänkande, aktiverar sig mer, fått mer energi och en ökad livskvalitet. I flera fall har detta lett till mindre nedstämdhet, samt att depression och självmordstankar försvunnit. Ytterligare effekter som nämns är att stressnivån sjunkit när de fått hjälp med att fylla i blanketter och hjälp med att få bort fokus från kampen mot försäkringskassan och försäkringsbolagen.

De lyssnade på mig och pratade med mig på ett vettigt sätt. De har faktiskt hjälpt mig väldigt mycket med de tankarna som jag har haft. Det de sa och det de har gjort för mig är jag väldigt tacksam för. Jag måste säga att utan dem så hade jag nog inte suttit här idag. Jag vet inte vad som händer i framtiden och jag vet inte vad som händer om en vecka. Den biten får jag ta då. Deltagare intervjuad i september

6.5 Framtiden och arbetsmarknaden

Majoriteten av de intervjuade deltagarna har vid tiden för intervjuerna en planering inför den närmaste framtiden och majoriteten uttrycker en hoppfullhet. Samtliga deltagare betonar den trygghet de känner av att ha stöd av MMR-teamet under en lång tid och att deltagandet är på deras villkor.

Att komma hit är som att komma in i en stor varm famn för de är ju fantastiska de som jobbar här i mångt och mycket och de är väldigt måna om att man ska få den tiden man behöver för att komma vidare. Har du varit borta från arbetslivet i 10 år så finns det ett litet tvivel där i dig som tänker att jag klarar nog inte det där och som tänker hur ska jag kunna passa in i arbetslivet? Deltagare intervjuad i december

Samtliga intervjuade uppger att om de inte kommit in på MMR så hade deras liv sett ut som det gjort innan de kom in på MMR. Någon menar att hen hade börjat med sina mediciner igen för att döva de negativa tankarna om hen inte fått delta i MMR.

Jag tror att jag hade höjt medicineringen igen. När jag är instängd och är mycket med mig själv och inte kommer ut så skulle jag gå till starkare medicin. Jag är rädd för mina tankar när jag sitter hemma. Men jag vill leva och jag vill må bra. Deltagare intervjuad i december

6.6 Förslag på förbättringar

De intervjuade deltagarna betonade vikten av att en verksamhet som MMR får finnas kvar. De förslag på förbättringar som framkommer är:

- Utveckla verksamheten så att den är kopplad till vårdkedjan.
- Ökat samarbete med arbetsförmedlingen för att ta del av deras resurser av arbetsmarknadsåtgärder.
- Göra sig mer kända inom Göteborgs stad för att öka möjligheter till praktikplats och jobb.
- Lokaler utan trappor eller med hiss.
- Att de kan ta in fler deltagare.
- Mer struktur och gruppaktiviteter.

7 DISKUSSION, REKOMMENDATIONER OCH SLUTSATSER

Detta kapitel redogör för en sammanfattning av utvärderingens resultat, en diskussion med efterföljande rekommendationer, målpuppfyllelseanalys och slutsatser.

7.1 Sammanfattning

Utvärderingen visar att personalen har jobbat ihop sig som ett team och hittat hållbara strukturer för verksamheten. Teamet har gjort många lärdomar om målgruppen. Lärdomar som framkom var att teamet idag i större utsträckning kan bedöma och förstå individens behov av rehabiliteringsinsats samt att de i dag i högre utsträckning kan bedöma vilka personer som kan tillgodogöra sig rehabiliteringen på bästa sätt. En stressfaktor har varit tiden som deltagarna är inskrivna i MMR utan att komma ut i praktik, studier eller arbete. Processtödet uppger att MMR-teamet har utvecklats till ett välfungerande team som reflekterat strukturerat på projektprocessen och att de är duktiga på att använda andras erfarenheter och modeller.

MMR-teamet uppger att samverkan fungerar mycket bra och att det är lätt att få till flerpartsmöten. Däremot är de mer oroade över att det som beslutas på de olika mötena inte genomförs. Ytterligare en lärdom som nämns är att personalen har fått en större roll som koordinatörer av deltagarnas kontakter med olika instanser.

Vid utvärderingstillfället saknades en utarbetad struktur kring avslut av deltagare, men det finns funderingar på att utveckla avsluten. Planerna är att utveckla såväl avsluten med en kontaktperson som har till uppgift att följa upp avslutade deltagare som att ge möjlighet till ett så kallat "tanksystem" där avslutade deltagare som går vidare till arbete eller studier kan komma in och "tanka" nya krafter och ny energi.

Utvärderingens resultat visar att organiseringen av styrgruppen och dess roll inte är tydlig. Det framkommer också behov av att diskutera MMRs verksamhet i relation till resurser och resultat. Samtliga samverkanspartner uppger att det finns ett behov av en verksamhet som MMR då ingen tidigare tagit ansvar för en samordnad rehabilitering för målgruppen. Det framkommer att målgruppen för MMR är otydlig och att flertalet upplever att målgruppen som får möjlighet att ta del av MMRs insatser är för snäv. Samtliga intervjuade uppger att MMR:s insatser har gett resultat på de deltagare som fått ta del av teamet. Samverkan uppskattas, men några efterfrågar mer formalisering i samverkanstrukturerna.

Deltagarna är mycket nöjda med sitt deltagande i MMR. Utvärderingen visar att de intervjuade deltagarna har "valsat" runt i vården under många år och haft många olika läkarkontakter. Deltagarna är mycket nöjda med kartläggningen och rehabiliteringsinsatserna som erbjöds.

Utvärderingen visar att deltagarna uppskattar att teamet kallat till flerpartsmöten och följt med och stöttat dem på olika möten. Flertalet av de intervjuade uppger att både socialsekreterare och läkare lyssnat mer på personalen från MMR än vad de gjort på dem. Flertalet uppger att deras relation med socialsekreteraren har förbättrats efter flerpartsmötena då de upplever att socialsekreteraren efter mötet tagit deras problematik på ett större allvar och visat mer respekt för dem.

De upplevda effekterna av MMR är många men det är oklart hur långsiktiga effekterna är. Några har klarat av att upprätthålla den mentala kapaciteten att hantera sin smärta andra inte. Vissa har fortsatt med träning och avslappning utanför MMR andra inte. Ytterligare effekter som nämns av

deltagarna är att de brutit sin isolering, blivit mer utåtriktade, fått mer ork, blivit gladare, fått mer kraft och energi samt att de fått ett stöd och en trygghet i sitt liv. I flera fall har det lett till mindre nedstämdhet, samt att depression och självmordstankar försvunnit.

Av intervjuerna med deltagarna i september är det slående hur dessa deltagare genom MMR fått upp underliggande problem till ytan. Teamet har kunnat slussa dem vidare till andra instanser såsom kris- och traumaenheten, psykologhjälp, hjälp med en beroendeproblematik, psykiatrisk utredning och sömnterapi. För deltagarna intervjuade i december nämns däremot inga underliggande problem utan fokus hos dessa deltagare har varit inställt på praktik, arbete och studier.

7.2 Diskussion och rekommendationer

I detta avsnitt diskuteras utmaningar och rekommendationer för förbättringar gällande verksamheten, långsiktiga resultat för deltagarna, styrgruppen samt samverkan och formalisering.

Verksamheten

Deltagarna uppskattar och är mycket nöjda med sitt deltagande i MMR. Det som urskiljer de olika intervjuomgångarna med deltagare är att den senare i december visar att den psykiatriska problematiken var mindre omfattande, det framkommer ingen direkt underliggande problematik, fokus för deltagarna är arbete eller studier, det finns en större medvetenhet om var i processen de befinner sig, när uppföljningsmötena ska hållas och vad de ska innehålla och deltagarna uttrycker också en medvetenhet om det stöd de kan få efter rehabiliteringen. Även utvecklandet av gruppaktiviteter uppskattas av deltagarna.

Utvärderingens resultat visar således att MMR-teamet har strukturerat upp verksamheten och tydliggjort den mot deltagarna vilket stämmer väl överens med teamets egna reflektioner av processen. Efter första intervjuomgången hade utvärderaren rekommendationer gällande tydliggörande av vilken fas deltagarna befinner sig i, vilket stöd deltagaren kan få under och efter rehabilitering och information om möjliga avslut efter kartläggningsperioden. Intervjuerna med deltagare i december visar att dessa problem inte kvarstod.

Rekommendationer

- Att erbjudas en gruppaktivitet för deltagare som avslutat praktik, vikariat eller som i stort sett har avslutat sin rehabilitering och ska ut på arbetsmarknaden.
- Fortsätta att utveckla coworker/stödkontakt-funktionerna vid praktik och arbete.
- Viktigt att repetera informationen om vad MMR kan erbjuda under tiden i MMR.

Långsiktiga resultat för deltagarna

Utvärderingens resultat visar att drygt hälften av deltagarna i den första intervjuomgången har svårt att upprätthålla den avslappning, rörelse och aktivitet i vardagen som de lärt sig av sjukgymnastiken. Ännu svårare är det att upprätthålla den mentala förmågan att acceptera smärtan. Den andra intervjuomgången visar att deltagarnas underliggande problem inte är lika påtagliga och därmed finns en högre medvetenhet om vikten med att upprätthålla träning och mental smärthantering. Studier av andra MMR-team visar att smärtan inte minskar men att livskvaliten och hanterbarheten ökar (SBU rapport 2010:198).

Utvärderingens resultat visar att det är svårt att själv klara av en beteendeförändring. Likaså finns det önskemål från deltagarna om att få ett långsiktigt stöd såsom att få sjukgymnastik och avslappning

för att klara av att arbetsträna, gå på annan insats eller vid arbete eller studier. Frågan är således hur man upprätthåller långsiktiga effekter efter avslutad rehabilitering och vems ansvar det är.

Målgruppen långtidsberoende av försörjningsstöd med smärtproblematik är en komplex målgrupp. Många har inte fått den samordnade hjälp och rehabilitering som de haft behov av och personalen uppger att det i många fall har varit önskvärt att samverka kring individer innan problem blivit för komplexa. Målgruppen är sårbar och kan behöva stöd under lång tid framöver för att inte återigen hamna i en komplex situation av problem. Vad händer om anställningen avslutas eller om en social problematik uppkommer? Det är viktigt att följa upp denna fråga långsiktigt.

Rekommendationer

- Erbjud avslappningsaktiviteter och rörelseövningar som en gruppaktivitet och/eller i samverkan med Hälsodisken för deltagare som är i arbete/praktik alt avslutat sitt deltagande.
- Erbjud repetition om mental smärtlindring i grupp och/eller enskilt och/eller i samverkan med Hälsodisken för deltagare som är i arbete/praktik alt avslutat sitt deltagande.
- Diskutera hur länge en coworker/stödperson-funktionen bör finnas tillgänglig för att deltagaren ska kunna behålla arbete eller studier.
- Diskutera vilket stöd som deltagarna behöver och vem som ska tillhandahålla det för att inte deltagaren återigen ska hamna i ett långvarigt utanförskap.
- Att börja sprida den nyvunna kunskapen som framkommit om målgruppen.

Styrgruppen

Utvärderingens resultat visar att styrgruppens organisering inte fungerar tillfredsställande samt att styrgruppens roll inte är helt tydliggjord. Styrgruppsmöten hålls tillsammans med ViCan där styrgruppsstiden mestadels ägnas åt avrapportering från de båda verksamheterna. Ytterligare försvårande omständigheter är att de båda verksamheterna är olika stora, har ingen direkt samverkan med varandra samt att ViCan är en etablerad verksamhet och MMR nystartad. Styrgruppens ordförande är enhetschef för Arbetsmarknadsenheten i sdf Lundby och ansvarig för ViCan och har inget ansvar för MMR. Vidare så finns ingen enhetschef för försörjningsstödet från Lundby representerad i styrgruppen vilket det gör från både Västra Hisingen och Norra Hisingen.

Enligt förbundschefen ska styrgrupperna inom DELTA vara stödjande, dvs stödja verksamheterna i samverkansfrågor och i utvecklande av verksamheten. Vanligtvis har en styrgrupp en ledande och styrande funktion som ansvarar för verksamhetens resultat. Styrgruppen ska då ha mandat att kunna ta strategiska beslut tillsammans med ägarna och ansvara för strategiska frågor medan projektledarnas uppgift är det operativa arbetet (Brulin & Svensson 2011). Inom MMR är förbundschefen resultatansvarig och områdeschefen för Västra Hisingen är verksamhetsansvarig. Detta innebär att styrgruppsrepresentanterna får avrapportera till sina respektive chefer som sedan kan föra upp frågor till den nyss tillkomna "utvecklingsgruppen" som består av verksamhetschefer från respektive samverkansorganisation.

Otydligheten i styrgruppens uppdrag medför att styrgruppen inte är det stöd i utvecklingen av MMR och att hitta nya arbetsmetoder för målgruppen. För att styrgruppen ska kunna vara ett stöd för MMR är det viktigt att komma ifrån avrapporteringen till att diskutera och lärande forum. Det framkom också att det inte är tydligt att MMRs huvudsakliga syfte är att utveckla nya metoder för målgruppen snarare än att uppnå kvantitativa resultat. Detta bör förtydligas och diskuteras i

styrgruppen. För att tydliggöra uppdraget med att MMR är ett metodutvecklingsprojekt är det viktigt att lägga till det som en målformulering.

Rekommendationer

- Organisera om så att MMR får en egen styrgrupp och att alla socialtjänster är representerade.
- Tydliggör styrgruppens roll och vem som avrapporterar till vem.
- Kalla styrgruppen vid ett annat namn eller förtydliga genom att kalla styrgruppen för "styrgrupp med stödjande funktion".
- Tydliggör MMR:s uppdrag om att utveckla metoder för målgruppen genom att lägga till det som ett mål.
- Viktigt att samordnaren för upp frågor till diskussion i styrgruppen. Ett utvecklingsområde som kan vara bra att ha med samverkansparterna i är hur man skapar långsiktiga hållbara resultat för målgruppen och vem ansvar för vad?
- Använd olika workshopsmetoder för att främja diskussioner och stöttande strukturer i styrgruppen. En metod är reflekterande team där en kärngrupp (jobbar i verksamheten) och en åhörargrupp får tid att lyssna och reflektera på varandra. Åhörarna blir medaktörer och medreflektörer och gemensam kunskap tydliggörs och tas tillvara (Metodhandbok SamTidigt, GR).
- Diskutera behovet av MMR, målgrupp och MMR:s resultat i styrgruppen.

Samverkan och formalisering

En viktig del i en nystartad verksamhet är att formalisera strukturer som bygger på relationer. Formalisering i teamets arbetsprocess har i viss utsträckning gjorts (se s 6f). Det är också viktigt att formalisera samverkansstrukturerna vilket är ett arbete som är på gång och kan underlättas av att primärvården nu har rehabkoordinatorer på vårdcentralerna. Forskningen har visat på fyra olika kvalitetsmarkörer för att en bra samverkan har uppnåtts⁷. Dessa redovisas nedan:

- Tydliga kontrakt, arbetsbeskrivningar och strukturer för samverkansarbete har utformats och formaliserats.

Detta arbete har påbörjats men behöver utvecklas för att samverkan och teamets arbete inte är beroende på relation utan på funktion. Utvärderingen visade att det finns tendenser till att förtroendet för teamet och dess kunskaper och erfarenheter är större bland samverkansparter i Västra Hisingen. Detta visar vikten av att bygga strukturer för att öka tilliten även till Norra Hisingen och Lundby.

- Gemensam kompetensutveckling som nyanserar förståelsen av varandra gällande olikheter i kunskaps- och förklaringsmodeller, regelverk (ansvar, befogenheter m.m.) och organisatoriska förhållanden. Detta skapar tillit mellan samverkansaktörer som bidrar till att tänka och lära om.

Utvärderingen visar att detta är ett mycket viktigt område då målgruppen inte har någon som tar ansvar för deras rehabilitering. Resultatet visar att socialtjänsten inte har samma myndighetsutövande gällande rehabilitering såsom försäkringskassan och arbetsförmedlingen och

⁷ Se Danmark 2000, Fridolf 2002 och 2004, Lacey 2000 i Germundsson 2011 samt McConkey 2004 i Germundsson.

att socialsekreterare inte alltid har medicinsk kompetens att bedöma läkarutlåtanden. Här kan ett viktigt lärande skapas i styrgruppen som kan tas med hem till respektive organisationer.

- Säkerställt att målgruppens perspektiv har tagits tillvara och att individen är aktiv i samarbetet där individen får ett engagerat bemötande.

Utvärderingens resultat visar att deltagarna är mycket nöjda med sitt deltagande i MMR. Vidare upplever de att de får stöd av teamet att förklara sin situation för socialsekreterare och läkare. Teamet jobbar utifrån individen där mål och delmål sätts upp och följs upp var tredje månad.

- Att ha utformat nya gemensamma arbetssätt som möjliggör att samverkansparter arbetar parallellt med olika insatser och medvetandegöra vems ansvar för vad.

En viktig fråga att jobba med under denna punkt är de långsiktiga resultaten. Hur länge ska en deltagare vara MMRs ansvar och vad finns det för stödjande funktioner inom DELTA men även inom respektive stadsdel som kan bidra till att skapa långsiktiga hållbara resultat.

7.3 Måluppfyllelse

Verksamheten har tre år på sig att uppfylla målen men utvärderingen visar i vilken mån målen har uppfyllts eller kommer att uppfyllas.

- Att sjuka socialbidragstagare med smärtproblematik ska komma i arbete eller studier.

MMR-teamet uppger att de inledningsvis var mycket vida i sitt sätt att tänka och tog in deltagare med en komplex och svår problembild med svår psykiatrisk ohälsa och missbruksproblematik. Idag upplever teamet att de i högra grad klarar av att bemöta målgruppen men också avgöra vilka individer som bäst kan tillgodogöra sig rehabiliteringen.

- Att vara ett komplement till övriga verksamheter på Hisingen som riktar sig till målgruppen.

Utvärderingen visar att det inte finns någon annan verksamhet som riktar sig mot MMRs målgrupp. Målet är inte relevant för MMR.

- Att verksamheten ska ge tillträde till rehabilitering mot arbete för en grupp som annars hamnar utanför.

Utvärderingen visar att det är beroende på vilken ersättningsform en person har för vilken rehabilitering personen ska få tillgång till. Arbetsförmedlingen och försäkringskassan har mer av ett myndighetsutövande när det gäller rehabilitering än vad socialtjänsten har. Här kan det vara av vikt att i ett större perspektiv jobba med socialsekreterarna i rehabiliteringsfrågan för att hitta former och öka socialsekreterarnas kompetens gällande olika möjligheter till rehabilitering.

- Verksamheten ska till viss del ta vid där ViCans resurser inte räcker till.

Det har inte riktigt visat sig vara så då de intervjuade såg MMR som en egen verksamhet med en egen målgrupp. Endast sju deltagare har remitterats från ViCan. Målet är inte relevant.

7.4 Slutsatser

Utvärderingen visar att teamet har utvecklat en fungerande verksamhet där både personal, samverkansparter och deltagare är nöjda med verksamheten. En rad positiva effekter har uppnåtts både i relationer mellan deltagare och samverkansparter och i deltagarnas hälsa. Samtliga samverkansparter uppger att det finns ett behov av en verksamhet som MMR då ingen tar ansvar för en samordnad rehabilitering för målgruppen.

En utmaning som framkommer är deltagarnas långa rehabiliteringstid vilket stressade personalen och gör att styrgruppen ser ett behov av att diskutera MMRs verksamhet i relation till resurser och resultat.

REFERENSER

Brunlin & Svensson (2011) *Att äga, styra och utvärdera stora projekt*, Lund: Studentlitteratur

Danermark, B. (2000) i Asplund, K., Enochsson, P. & Strömberg, S. (2007) *Strategi för samverkan – kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa*, Myndigheten för Skolutveckling, Rikspolisstyrelsen, Socialstyrelsen

Fridolf, M. (2002) *Samarbetets kvalitet för individer med sammansatta behov*. Socialstyrelsen, Arbetsmarknadsstyrelsen, Arbetsmiljöverket, Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet, Riksförsäkringsverket

Fridolf, M. (2004) *Samordning – nya möjligheter inom välfärdsområdet*. Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet

Lacey, P. (2000) i Germundsson, P. (2011) *Lärare, socialsekreterare och barn som far illa. Om sociala representationer och interprofessionell samverkan*, Örebro universitet, Kållerød: Intellecta Infolog.

McConkey, R. (2004) i Germundsson, P. (2011) *Lärare, socialsekreterare och barn som far illa. Om sociala representationer och interprofessionell samverkan*, Örebro universitet, Kållerød: Intellecta Infolog.

Metodhandbok SamTidigt – Guide för samverkansprojekt (2014). Göteborgsregionens kommunalförbund: Leanders Grafiska.

Nationella medicinska indikatorer. Rapport 2011:02. *Indikation för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta*. Svenska Läkaresällskapet, Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen och SBU.

Rehabilitering vid långvarig smärta. Rapport 2010:198 SBU

Projektdokument

Multimodal Rehabilitering MMR-DELTA. Delårsbokslut januari –mars 2013.

Multimodal Rehabilitering MMR-DELTA. Delårsbokslut aug-dec 2013.

Multimodal Rehabilitering MMR-DELTA. Delårsbokslut januari –mars 2014.

Verksamhetsberättelse 2013

Internet

<http://goteborg.se/wps/portal/enheter/stadsdelsforvaltning/lundby-stadsdelsforvaltning!/ut/p/b1/20141030>