



Samhällsekonomiska bokslut, utvärderingar och analyser

Slutrapport  
Samhällsekonomisk utvärdering  
Samverkan för hälsosammare flyktingintroduktion

Samordningsförbundet Östra Östergötland  
2010-09-03

## ***Innehållsförteckning***

|   |    |
|---|----|
| Sammanfattning .....  | 4  |
| Samhällsekonomisk utvärdering projekt Samverkan för hälsosammare flyktingintroduktion.. | 6  |
| Avgränsningar .....   | 6  |
| Inledning.....  | 6  |
| Projektets klassificering .....   | 7  |
| Ekonomisk analys .....  | 7  |
| Vårdkostnad på kort sikt utan projekt .....   | 7  |
| Hur mycket av kostnaden på kort sikt har kunnat undvikas?.....                          | 8  |
| Vårdkostnad på medellång sikt utan projekt .....  | 8  |
| Hur mycket av kostnaden på medellång sikt har kunnat undvikas? .....                    | 9  |
| Kostnader för vidtagna åtgärder .....   | 9  |
| Lönsamhet på kort och medellång sikt inklusive payoff – tid .....                       | 9  |
| Sammanfattning av den ekonomiska analysen.....  | 10 |
| Känslighetsanalys.....  | 11 |
| Sammanfattning, diskussion och avslutande kommentarer .....                             | 11 |
| Sammanfattning och diskussion.....  | 11 |
| Avslutande kommentarer .....  | 12 |
| Bilagor .....   | 13 |
| Samverkan för hälsosammare flyktingintroduktion .....                                   | 14 |
| Projektnamn .....   | 14 |
| Projektägare.....   | 14 |
| Projektgenomförare .....  | 14 |
| Målgrupp .....  | 14 |
| Projektets syfte och mål .....  | 14 |
| Verksamhetsmål .....  | 14 |
| Individnivå .....   | 14 |
| Resultatmål.....  | 14 |
| Beskrivning av urvalsprocessen .....  | 15 |
| Sex typfall .....   | 16 |
| Typfall 1.....  | 16 |
| Typfall 2 .....   | 16 |
| Typfall 3 .....   | 17 |
| Typfall 4 .....   | 18 |
| Typfall 5 .....   | 19 |
| Typfall 6 .....   | 19 |
| Metod för bedömning av vårdkonsumtion .....   | 21 |
| Revisor .....   | 21 |
| Steg 1. Vårdkonsumtion på kort sikt utan deltagande i projektet. ....                   | 21 |
| Steg 2. Effekten av medverkan i projektet. ....   | 22 |
| Steg 3. Vårdkonsumtion på medellång sikt utan deltagande i projektet. ....              | 22 |

|  |    |
|--|----|
| Steg 4. Effekten av medverkan i projektet på medellång sikt..... | 22 |
| Ärendebeskrivning .....  | 23 |
| Indelning i tre grupper.....                                     | 27 |
| Grupp 1.....   | 27 |
| Grupp 2.....   | 27 |
| Grupp 3.....   | 27 |
| Projektledarens arbetsuppgifter.....                             | 28 |
| Vad är NyttoSAM? .....   | 31 |
| Avgränsningar och antaganden .....                               | 31 |

## Sammanfattning

Projektet Samverkan för hälsosammare flyktingintroduktion är ett projekt som drivs av Primärvården i östra Östergötland, Norrköpings kommuns flyktingintroduktion samt komvux/SFI. Projektet finansieras utifrån följande procentfördelning: Samordningsförbundet Östra Östergötland 50, Närsjukvården i östra Östergötland 25 och Norrköpings kommun arbetsmarknadskontor 25 procent.

Målgruppen är vuxna personer med tillhörande familjer som är mottagna i Norrköpings kommun och som omfattas av "Förordningen om statlig ersättning för kommunalt flyktingmottagande".

Projektets övergripande mål är att utarbeta modeller och metoder för att förebygga och minimera hinder för individen pga. ohälsa, samt utarbeta lösningar som befrämjar och optimalt utnyttjar tidsperioden för introduktionen.

Uppdraget för payoff har varit att beräkna den samhällsekonomiska effekten av projektets genomförande genom att studera hur deltagarnas vårdkonsumtion påverkats på kort (ett år) och på medellång sikt (tre år). Utvärderingen har genomförts med hjälp av en metod som payoff utvecklats tillsammans med projektledaren Rose-Marie Mossberg-Maghoudi. I korthet går metoden ut på att bedöma hur mycket sjukvårdskonsumtion som kunnat undvikas genom deltagarnas medverkan i projektet. Inga övriga variabler ingår i beräkningarna. Metoden och dess genomförande beskrivs utförligt i en rapportbilaga. Här framgår även hur de 39 deltagarna som ingår i utvärderingen har slumpats ut från den totala populationen på 811 personer.

De bedömningar som projektledaren gjort avseende deltagarnas vårdkonsumtion har kontrollerats av en extern "revisor", mer om detta finns beskrivet i bilaga.

Det insamlade underlaget kring varje deltagare har bearbetats med stöd av Nyttosam. Utfallet har därefter analyserats och sammanställts i denna rapport. Återföringen till uppdragsgivaren sker slutligen i form av ett överlämnande av rapporten i kombination med en muntlig presentation.

Nedan redovisas de väsentligaste resultaten av utvärderingen. Uppgifter gäller de 39 deltagare som ingår i utvärderingen om inget annat nämns.

Lönsamheten för **Samhället** på kort sikt är totalt 148 000 kr medan den på medellång sikt (cirka tre år) är beräknad till närmare 674 000 kr. Per deltagare motsvarar det cirka 3 800 kr respektive 17 300 kr. Vinsten för samhället ligger i minskad vårdkonsumtion för deltagarna vilket i sin tur innebär att andra patienter fått tillgång till motsvarande vårdresurser.

Samhällets vinst kan komma att påverkas ytterligare i positiv riktning om deltagarna, genom sin medverkan i projektet, kommer in i arbete snabbare än utan medverkan i projektet. Vi har inte heller i vår utvärdering beräknat sekundära välfärdsvinster.

Genom utvärderingens upplägg har påverkat på samhällets olika sektorer inriktats enbart på landtinget. Hur övriga sektorer (individ, kommun och stat) påverkats ligger utanför uppdragets ram. Utan att ange några siffror kan dock konstateras att individernas ekonomi påverkats i positiv riktning genom minskade patientavgifter.

Appliceras siffrorna på projektets alla 811 deltagare (avser tiden fram till 30/9 2009) blir den totala lönsamheten på tre års sikt cirka 14 miljoner kr.

Payoff-tiden är fem månader medan en kronas insats har gett drygt 6,50 kr tillbaks på tre års sikt.

Projektledarens kommentar till det goda resultatet är att det har funnits ett positivt handlingsutrymme inom ramen för projektet, dvs. möjlighet att utifrån deltagarnas behov forma model-

ler och strukturer som underlättat samarbetet mellan de olika involverade organisationerna; skolan/SFI, kommunens handläggare och landstinget. En annan positiv faktor har varit att projektledaren kunnat synliggöra och identifierat deltagarnas specifika situationer som lett till att de undvikit att hamna mellan stolarna.

En annan framgångsfaktor är att projektledaren, som är sjuksköterska, dels har en mångårig erfarenhet av olika sjukdomstillstånd, dels har en hög organisatorisk kunskapskompetens avseende sjukvård.

Vår egen uppfattning är att projektledaren har ett förhållningssätt som värnar om att bygga förtroende inom alla involverade organisationer. Stor betydelse har även projektledarens intresse för sociala faktorer och olika kulturer haft. Vidare har styrgruppen, som arbetat inom respektive struktur för att stödja projektledarens arbete, troligen haft stor betydelse för resultatet.

## **Samhällsekonomisk utvärdering projekt Samverkan för hälsosammare flyktingintroduktion.**

payoff har fått i uppdrag av Samordningsförbundet Östra Östergötland att utvärdera de samhällsekonomiska effekterna för 39 individer som deltagit i projektet Samverkan för hälsosammare flyktingintroduktion.

Uppdraget för payoff har varit att beräkna den samhällsekonomiska effekten av projektets genomförande genom att studera hur deltagarnas vårdkonsumtion påverkats på kort (ett år) och på medellång sikt (tre år). Utvärderingen har genomförts med hjälp av en metod som payoff utvecklat tillsammans med projektledaren Rose-Marie Mossberg-Maghsoudi. I korthet går metoden ut på att bedöma hur mycket sjukvårdskonsumtion som deltagarna kunnat undvika genom sin medverkan i projektet. Inga övriga variabler ingår i beräkningarna.

De bedömningar som projektledaren gjort avseende deltagarnas vårdkonsumtion har kontrollerats av extern ”revisor”. Metoden och dess genomförande beskrivs utförligt i bilaga till rapporten.

Det insamlade underlaget kring varje deltagare har bearbetats med stöd av Nyttosam. Utfallet har därefter analyserats och sammanställts i denna rapport. Återföringen till uppdragsgivaren sker slutligen i form av ett överlämnande av rapporten i kombination med en muntlig presentation.

### **Avgränsningar**

Uppdraget består i att beräkna lönsamheten för samhället av projektet Samverkan för en hälsosammare flyktingintroduktion genom att studera hur deltagarnas vårdkonsumtion påverkats på kort och medellång sikt. I uppdraget ingår inte att studera hur övriga faktorer som kan tänkas påverka samhällets ekonomi genom projektets drivande, t.ex. påverkan på deltagarnas SFI-utbildning eller huruvida deltagarnas inträde på arbetsmarknaden påverkats.

### **Inledning**

Projektet Samverkan för hälsosammare flyktingintroduktion är ett projekt som drivs av Primärvården i östra Östergötland, Norrköpings kommuns flyktingintroduktion samt komvux/SFI. Projektet finansieras utifrån följande procentfördelning: Samordningsförbundet Östra Östergötland 50, Närsjukvården i östra Östergötland 25 och Norrköpings kommun arbetsmarknadskontor 25 procent.

Målgruppen är vuxna personer som är mottagna i Norrköpings kommun och som omfattas av "Förordningen om statlig ersättning för kommunalt flyktingmottagande".

Det övergripande målet med projektet är att utarbeta modeller och metoder för att förebygga och minimera hinder för individen pga. ohälsa samt utarbeta lösningar som underlättar och optimalt utnyttjar tidsperioden för introduktionen.

För ytterligare information om projektet se bilaga. Se även: [www.lio.se/Nyhetsarkiv/ Nyhetsarkiv-2008/Nya-svenskar-lotsas-in-i-varden/](http://www.lio.se/Nyhetsarkiv/Nyhetsarkiv-2008/Nya-svenskar-lotsas-in-i-varden/)

Rapporten är upplagd så att den inledningsvis redovisar de intäkter som skapats utifrån deltagarnas medverkan i projektet. I nästa steg redovisas de samhällsekonomiska kostnader projektet haft för deltagarnas medverkan. Slutligen redovisas lönsamheten dels i form av såväl payoff-tid som avkastning, men även som kortsiktiga och medellånga kostnads-/intäktskalkyler.

## Projektets klassificering

payoff har tagit fram ett system för klassificering av olika samverkansprojekt. Det innebär att likvärdiga projekt klassas in i ett antal separata kategorier. Syftet med klassificeringen är att;

1. skapa krav på tydligare målsättning för projektet/verksamheten
2. möjliggöra jämförelser mellan likvärdiga projekt - hur bra är resultatet av aktuellt projekt/vår verksamhet jämfört med likartade projektet?
3. underlätta lärandet av vilka åtgärder som leder till effektivitet och bra lönsamhet och, som i sin tur, möjliggör att vi kan satsa på bra åtgärder på kommande projekt/verksamheter

Enligt detta system tillhör projekt Samverkan för hälsosammare flyktingintroduktion klass A1. Kriterierna för att tillhöra klass A1 är följande;

**Steg 1.** *Projektet är utvärderat med hjälp av ett alternativscenario.* Detta kriterium har uppfyllts av projektet.

**Steg 2.** *Projektets syfte är sekundärt att få in deltagarna i arbetslivet.* Detta kriterium har uppfyllts av projektet.

**Steg 3.** *Resurserna i projektet är små.* Detta kriterium har uppfyllts av projektet, åtgärdskostnaden är cirka 2 000 kr per deltagare.

## Ekonomisk analys

Den ekonomiska analysen är uppdelad i sex delar;

1. Vårdkostnad på kort sikt utan projekt
2. Hur mycket av kostnaden på kort sikt har kunnat undvikas?
3. Vårdkostnad på medellång sikt utan projekt
4. Hur mycket av kostnaden på medellång sikt har kunnat undvikas?
5. Kostnader för vidtagna åtgärder, samt
6. Lönsamhet på kort och medellång sikt inklusive payoff – tid
7. Sammanfattning av den ekonomiska analysen
8. Känslighetsanalys

Med kort sikt avses ett år efter att deltagaren fått kontakt med projektet, medan medellång sikt avser cirka tre år efter att deltagaren fått kontakt med projektet.

### ***Vårdkostnad på kort sikt utan projekt***

I tabell 1 nedan redovisas hur stor vårdkostnaden skulle ha varit för projektets deltagare om de inte deltagit i projektet.<sup>1</sup> Deltagarna är indelade gruppvis, se bilaga för kriterier för gruppindelningen.

Som framgår bedöms att den totala vårdkostnaden för alla 39 deltagare skulle ha varit nästan 410 000 kr på kort sikt, motsvarande cirka 10 500 kr per deltagare med yttervärden i grupperna på 8 500 kr som minimum och 12 200 kr som maximum.

---

<sup>1</sup> Metoden bakom beräkningarna beskrivs i bilaga.

**Tabell 1.** *Bedömd vårdkostnad på kort sikt om deltagarna inte deltagit i projektet.*

| Grupp         | Antal inom gruppen | Bedömd vårdkostnad på kort sikt om deltagarna inte deltagit i projektet | Kostnad per deltagare |
|---------------|--------------------|---|-----------------------|
| 1             | 14                 | 163 050 kr  | 11 646 kr             |
| 2             | 9                  | 110 200 kr  | 12 244 kr             |
| 3             | 16                 | 136 650 kr  | 8 541 kr              |
| <b>Totalt</b> | <b>39</b>          | <b>409 900 kr</b>   | <b>10 510 kr</b>      |

### ***Hur mycket av kostnaden på kort sikt har kunnat undvikas?***

I tabell 2 redovisas hur mycket av den förväntade vårdkostnaden på kort sikt som kunnat undvikas genom projektets drivande. Totalt är besparingen drygt 250 000 kr, motsvarande cirka 6 400 kr per deltagare. Procentuellt motsvarar besparingen att 61 procent av den förväntade kostnaden kunnat undvikas på kort sikt. Den genomsnittliga besparingen per deltagare är 6 433 kr. Intäkten är störst i grupp två och lägst i grupp ett.

**Tabell 2.** *Hur mycket av den förväntade kostnaden har på kort sikt kunnat undvikas genom deltagande i projektet?*

| Grupp         | Antal inom gruppen | Kostnad som kunnat undvikas genom deltagande i projektet | Genomsnitt per deltagare | Andel som kunnat undvikas |
|---------------|--------------------|--|--------------------------|---------------------------|
| 1             | 14                 | 91 575 kr  | 6 541 kr                 | 56 %                      |
| 2             | 9                  | 72 601 kr  | 8 067 kr                 | 66 %                      |
| 3             | 16                 | 86 713 kr  | 5 420 kr                 | 63 %                      |
| <b>Totalt</b> | <b>39</b>          | <b>250 888 kr</b>  | <b>6 433 kr</b>          | <b>61 %</b>               |

### ***Vårdkostnad på medellång sikt utan projekt***

Tabell 3 redovisar hur stor vårdkostnaden skulle ha varit för projektets deltagare på medellång sikt om de inte deltagit i projektet.

Som framgår skulle den totala kostnaden ha varit nästan 1,2 milj.kr, motsvarande drygt 30 000 kr per deltagare med yttervärden i grupperna på 25 600 kr som minimum och 36 100 kr som maximum.

**Tabell 3.** *Bedömd vårdkostnad på medellång sikt om deltagarna inte deltagit i projektet.*

| Grupp         | Antal inom gruppen | Bedömd vårdkostnad på medellång sikt om deltagarna inte deltagit i projektet | Kostnad per deltagare |
|---------------|--------------------|--|-----------------------|
| 1             | 14                 | 505 700 kr   | 36 121 kr             |
| 2             | 9                  | 264 100 kr   | 29 344 kr             |
| 3             | 16                 | 409 300 kr   | 25 581 kr             |
| <b>Totalt</b> | <b>39</b>          | <b>1 179 100 kr</b>  | <b>30 233 kr</b>      |

### ***Hur mycket av kostnaden på medellång sikt har kunnat undvikas?***

I tabell 4 redovisas hur mycket av den förväntade vårdkostnaden på medellång sikt som bedöms ha kunnat undvikas genom projektets drivande. Totalt är besparingen drygt 776 000 kr, motsvarande nästan 20 000 kr per deltagare. Procentuellt motsvarar besparingen att 66 procent av den förväntade kostnaden kunnat undvikas på medellång sikt. Besparingsandelen varierar mellan 63 och 71 procent hos grupperna. Deltagarna som tillhör grupp tre uppvisar det bästa resultatet.

**Tabell 4.** Hur mycket av den förväntade kostnaden har på medellång sikt kunnat undvikas genom deltagande i projektet?

| <b>Grupp</b>  | <b>Antal inom gruppen</b> | <b>Kostnad som kunnat undvikas på medellång sikt genom deltagande i projektet</b> | <b>Genomsnitt per deltagare</b> | <b>Andel som kunnat undvikas</b> |
|---------------|---------------------------|---|---------------------------------|----------------------------------|
| 1             | 14                        | 316 963 kr  | 22 640 kr                       | 63 %                             |
| 2             | 6                         | 170 501 kr  | 18 945 kr                       | 65 %                             |
| 3             | 19                        | 288 900 kr  | 18 056 kr                       | 71 %                             |
| <b>Totalt</b> | <b>39</b>                 | <b>776 363 kr</b>   | <b>19 907 kr</b>                | <b>66 %</b>                      |

### ***Kostnader för vidtagna åtgärder***

Den totala kostnaden för att driva projektet från starten i september 2007 till och med november 2009 har varit drygt 2,1 milj. kr inklusive indirekta skatter. Utslaget på de 811 deltagare som uppfyllt kriteriet för att ha ingått i projektet motsvarar det en kostnad på drygt 2 600 kr per deltagare.

**Tabell 5.** Projektets kostnader.

| <b>Total kostnad</b> | <b>Antal deltagare totalt</b> | <b>Kostnad per deltagare</b> | <b>Kostnad för de deltagare som ingår i utvärderingen</b> |
|----------------------|-------------------------------|------------------------------|---|
| 2 137 960 kr         | 811 st.                       | 2 636 kr                     | 102 812 kr  |

### ***Lönsamhet på kort och medellång sikt inklusive payoff – tid***

På kort sikt är lönsamheten för de 39 deltagarna som ingår i utvärderingen 148 000 kr, motsvarande cirka 3 800 kr per deltagare. På medellång sikt är lönsamheten per deltagare nästan 17 300 kr. Studerar man lönsamheten mellan grupperna har grupp ett den högsta lönsamheten per deltagare på medellång sikt.

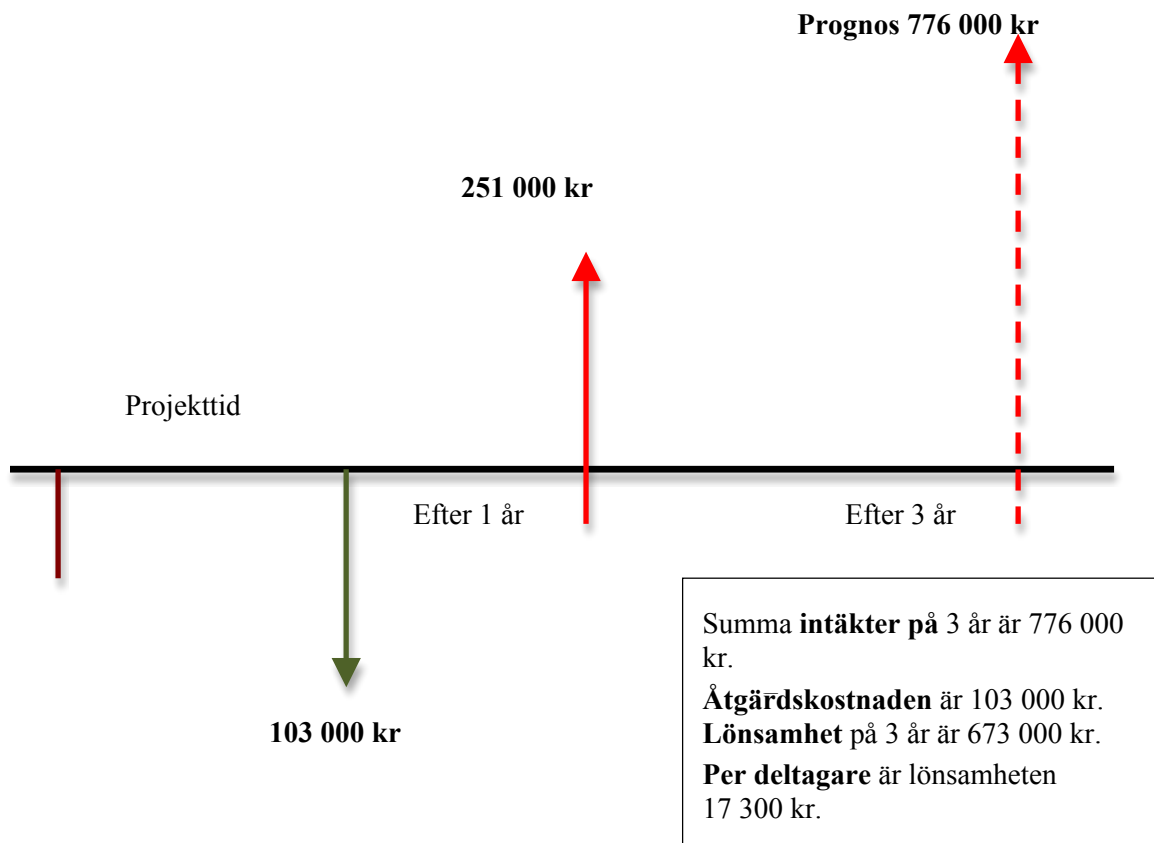
**Tabell 6. Lönsamhet på kort och medellång sikt**

| Grupp         | Kostnad inom gruppen | Lönsamhet på kort sikt, gruppen | Lönsamhet per deltagare, kort sikt | Lönsamhet på medellång sikt | Lönsamhet per deltagare, medellång sikt | Payoff-tid, månader |
|---------------|----------------------|---------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|---|---------------------|
| 1             | 36 907 kr            | 54 668 kr                       | 3 905 kr                           | 280 056 kr                  | 20 004 kr                               | 4,8                 |
| 2             | 23 726 kr            | 48 875 kr                       | 5 431 kr                           | 146 775 kr                  | 16 308 kr                               | 3,9                 |
| 3             | 42 179 kr            | 44 533 kr                       | 2 783 kr                           | 246 721 kr                  | 15 420 kr                               | 5,8                 |
| <b>Totalt</b> | <b>102 812 kr</b>    | <b>148 076 kr</b>               | <b>3 797 kr</b>                    | <b>673 551 kr</b>           | <b>17 271 kr</b>                        | <b>4,9</b>          |

Payoff-tiden är cirka 5 månader för de 39 deltagare som ingår i utvärderingen. Grupp två har den allra kortaste payoff-tiden, under fyra månader. Avkastningen per satsad krona är 6,55 kr.<sup>2</sup>

### ***Sammanfattning av den ekonomiska analysen***

I figur 1 nedan sammanfattar vi resultatet av den samhällsekonomiska analysen. Den gröna nedåtriktade pilen illustrerar åtgärds-kostnaden medan de röda uppåtriktade pilarna illustrerar intäkter på kort och medellång sikt.



**Figur 1.** Figur som illustrerar projektets åtgärds-kostnad samt de intäkter som projektet genererat på kort respektive medellång sikt. Alla värden avser de 39 deltagare som ingått i analysen om inget annat anges.

<sup>2</sup> 17 271/2 636 = 6,55

Appliceras den genomsnittliga lönsamheten på 17 271 kr på alla 811 deltagare blir projektets totala lönsamhet cirka 14 milj.kr. på medellång sikt.

### ***Känslighetsanalys***

Då den ekonomiska analysen dels baseras på ett urval av deltagare, dels på ett scenario måste resultatet tolkas med viss försiktighet. Om man antar att den minskade vårdkonsumtionen till 50 procent har påverkats av andra faktorer än de som utgår från projektets drivande sjunker lönsamheten baserad på tre år per deltagare till cirka 7 300 kr. Payoff-tiden ökar till tio månader.

Å andra sidan ingår inte de potentiella intäkter som är kopplade till deltagarnas ev. tidigare inträde på den svenska arbetsmarknaden. Ett års tidigare inträde med ett halvtidsarbete utan lönesubvention motsvarar en årlig samhällsekonomisk intäkt på cirka 250 000 kr per deltagare.

## **Sammanfattning, diskussion och avslutande kommentarer**

### **Sammanfattning och diskussion**

Projektet Samverkan för hälsosammare flyktingintroduktion riktar sig till vuxna personer som är mottagna i Norrköpings kommun och som omfattas av "Förordningen om statlig ersättning för kommunalt flyktingmottagande".

Projektet är utvärderat med hjälp av ett s.k. alternativscenario innebärande att alla beräkningar bygger på bedömningar, inte faktiska data. Det innebär i sin tur att resultatet ska tolkas med viss försiktighet även om skattningarna är gjorda av personer med hög kompetens inom sina sakområden. Gjorda bedömningar är även granskade av extern "revisor" som har stor och lång erfarenhet inom området.

En annan faktor som gör att man ska vara försiktig med alltför långtgående slutsatser är att utvärderingen bygger på ett urval av deltagare. Detta medför frågor kring representativitet och vilka slutsatser som är relevanta för hela projektet. Denna, liksom de flesta andra samhälls-ekonomiska utvärderingar som payoff genomför, bygger på ett av urval av deltagare. Detta beror dels på att uppdragsgivaren vill ha en rapport innan det gått 12 månader i efterläget för alla deltagare, men även på att det är mindre kostsamt med en utvärdering som bygger på ett urval av deltagare. Vår önskan är givetvis att samtliga deltagare i möjligaste mån följs upp i alla projekt.

Den klassificering av våra utvärderingar som vi börjat tillämpa möjliggör en relevantare jämförelse mellan likvärdiga projekt, dvs. projekt som har liknande förutsättningar. I detta fall är dock projektet så pass unikt att vi saknar relevant jämförelsematerial.

Resultatet av vår samhällsekonomiska analys visar att projektet är lönsamt redan på kort sikt, per deltagare är lönsamheten 3 800 kr. På medellång sikt har lönsamheten per deltagare ökat till cirka 17 300 kr. Payoff-tiden är cirka fem månader medan avkastningen per satsad krona är 6,55.

Om vi förutsätter att urvalet är representativt för hela projektet blir den totala lönsamheten för de totalt 811 deltagarna som projektledaren träffat fram till 30/9 2009 cirka 14 milj. kr på medellång sikt.

Projektets lönsamhet utgörs av deltagarnas minskade konsumtion av sjukvård. Ur ett samhälls-ekonomiskt perspektiv utgörs nyttan av att de frigjorda vårdresurserna kunnat användas till andra ändamål, i detta fall med stor sannolikhet till andra patienter inom landstinget i Östergötland.

Övriga faktorer som kan tänkas påverka samhällets ekonomi genom projektets drivande, t.ex. påverkan på deltagarnas SFI-utbildning eller påverkan på deltagarnas inträde på arbetsmarknaden har inte ingått i uppdraget. En annan potentiell effekt för samhället, som inte ingått i uppdraget, utgörs av den påverkan på närståendes välbefinnande, vårdkonsumtion, arbetssituation m.m. som deltagarnas förbättrade hälsostatus lett till.

### **Avslutande kommentarer**

Projektet uppvisar en hög lönsamhet för samhället med en payoff-tid på enbart fem månader. Då utvärderingen dels bygger på ett scenario, dels utgår från ett urval av deltagare ska resultatet dock tolkas med viss försiktighet.

Å andra sidan ingår enbart en av alla tänkbara intäktskällor i utvärderingen. En ytterligare potentiell intäkt är värdet av att någon eller några av deltagarna kan komma snabbare ut i arbetslivet än vad de skulle gjort utan deltagande i projektet. Av olika skäl ingår inte dessa beräkningar i denna analys.

I syfte att höja utvärderingens tillförlitlighet har projektledaren strax före rapportens färdigställande granskat alla 39 deltagares sjukjournaler utifrån den bedömning som ursprungligen gjordes (och som ligger till grund för alla beräkningar i utvärderingen). Bedömningen avseende det alternativa scenariot på kort sikt överensstämmer i stort sett med de faktiska journalanteckningarna. De avvikelser som förekommer pekar möjligen på att vårdkonsumtionen blivit ännu lägre än vad den förväntades bli. Det indikerar att det faktiska utfallet tycks vara bättre än de bedömningar som gjorts.

Projektledarens kommentar till det goda resultatet är att det har funnits ett positivt handlingsutrymme inom ramen för projektet, dvs. möjlighet att utifrån deltagarnas behov forma modeller och strukturer som underlättat samarbetet mellan de olika involverade organisationerna; skolan/SFI, kommunens handläggare och landstinget. En annan positiv faktor har varit att projektledaren kunnat synliggöra och identifierat deltagarnas specifika situationer som lett till att de undvikit att hamna mellan stolarna.

En annan framgångsfaktor är att projektledaren, som är sjuksköterska, dels har en mångårig erfarenhet av olika sjukdomstillstånd, dels har en hög organisatorisk kunskapskompetens avseende sjukvård.

Vår egen bedömning är att projektledaren har ett förhållningssätt som värnar om att bygga förtroende inom alla involverade organisationer. Stor betydelse har även projektledarens intresse för sociala faktorer och olika kulturer haft. Vidare har styrgruppen, som arbetat inom respektive struktur för att stödja projektledarens arbete, troligen haft stor betydelse för resultatet.

Rapporten är sammanställd av payoff

2010-09-03

Claes Malmquist

[claes@payoff.nu](mailto:claes@payoff.nu)

Sven Vikberg

[sven@payoff.nu](mailto:sven@payoff.nu)

Kontaktperson för projekt Samverkan för hälsosammare flyktingintroduktion:

Rose-Marie Mossberg-Maghsoudi, [rose-marie.mossberg-maghsoudi@norrkoping.se](mailto:rose-marie.mossberg-maghsoudi@norrkoping.se)

## ***Bilagor***

Presentation av projektet Samverkan för hälsosammare flyktingintroduktion

Beskrivning av urvalsprocessen

Sex typfall

Metod för bedömning av vårdkonsumtion

Ärendebeskrivning

Indelning i tre grupper

Projektledarens arbetsuppgifter

Presentation av NyttoSam

## ***Samverkan för hälsosammare flyktingintroduktion***

### **Projektnamn**

Hälsosammare flyktingintroduktion

### **Projektägare**

Samordningsförbundet Östra Östergötland 50 %, Närsjukvården i östra Östergötland 25 % och Norrköpings kommun arbetsmarknadskontoret 25 %.

### **Projektgenomförare**

Primärvården i östra Östergötland, Norrköpings kommuns flyktingintroduktion samt komvux/SFI.

### **Målgrupp**

Vuxna personer som är mottagna i Norrköpings kommun och som omfattas av "Förordningen om statlig ersättning för kommunalt flyktingmottagande".

### **Projektets syfte och mål**

Uppdraget bygger på att utveckla modeller och metoder för samverkan/samarbete mellan Närsjukvårdens primärvård, kommunens Flykting introduktion och Komvux/SFI (Svenska för invandrare) kring individens introduktion. Syftet är att individens introduktionsprogram med språkinläringen och förberedelsen för arbete och egen försörjning skall kunna genomföras utan avbrott av hälsoskäl. Det förväntade resultatet är att reducera påfrestningar för individen samt att använda vårdens/samhällets resurser optimalt. På detta sätt underlättas integrationen så att inträdet på arbetsmarknaden påskyndas. Tanken med projektet är att kunna implementera modellen i ordinarie verksamhet vid projektets avslut.

### **Verksamhetsmål**

Det övergripande målet är att utarbeta modeller och metoder för att förebygga och minimera hinder för individen pga. ohälsa samt utarbeta lösningar som befrämjar och optimalt utnyttjar tidsperioden för introduktionen.

### **Individnivå**

Att genom arbetsmodellen skapa förutsättningar för individen att kunna fullfölja sitt introduktionsprogram.

### **Resultatmål**

Att antalet individer som fullföljer sin introduktion pga. ohälsa ökar i relation till utfallet för år 2006.

## ***Beskrivning av urvalsprocessen***

Utifrån projektledarens uppgifter avseende totalt antal mottagna deltagare mellan september och november 2009 framkom att det förekommit 216 patientbokningar. Totalt från projektstart i september 2007 har 811 personer ingått. Från de 216 bokningarna togs personer under 20 år, dubletter samt personer utan beskrivning av åtgärd bort. Efter detta kvarstod 180 individer.

Därefter gjordes följande urval: De 12 första och de tio sista samt varannan deltagare slumpades ut till att man erhållit 100 deltagare individer. Dessa personers aktivitet samt närvaro/frånvaro noterades. T.ex. har deltagarna erbjudits SFI-studier 15 timmar per vecka och redovisat en genomsnittlig frånvaro mellan september och november på 30 procent.

Av de 100 personer som ingick i urvalet studerade 60 på SFI medan 37 personer inte hade någon redovisad aktivitet. Flyktingintroduktionen har ansvar för att se vad dessa personer gör idag. Tre personer var dubletter.

Parallellt med denna urvalsprocess tog projektledaren fram sex personer som utgör s.k. typfall kring vilka övriga deltagare som ingick i utvärderingen sorterades utifrån speciella kriterier. Syftet med typfallen var att skapa så goda förutsättningar som möjligt för den slutliga, individuella bedömningen som beskrivs i bilagedel ”Metod för bedömning av vårdkonsumtion” nedan.

De sex typfallen togs ut från hela gruppen på 216 st. Från de 60 som studerade på SFI gjordes ett ytterligare urval för att ta fram 34 deltagare som var och en sorterades in i de framtagna kategorierna. Totalt hade då erhållits 40 (6 + 34) deltagare, varav två visade sig vara dubletter. Efter denna urvalsprocess återstod sålunda 39 individer vilka ingått i den samhällsekonomiska utvärdering som ligger till grund för denna rapport. Typfallen finns redovisade i nästa bilagedel, ”Sex typfall”.

## *Sex typfall*

Projektledarens urval med de sex typfallen, eller kategorierna, gjordes utifrån erfarenhet från projektet. Typfallen är detaljerat redovisade nedan med tillhörande processbeskrivning avseende handläggning i varje enskilt fall i denna bilagedel. Underlaget för den slutliga indelningen i tre grupper utgjordes av dessa typfall, se bilagedel "Gruppindelning".

Styrgruppen valde ut en rutinerad sjuksköterska som arbetar på vårdcentral. Samtliga sex fall granskades av sjuksköterskan tillsammans med andra sjuksköterskor för att få en gemensam bedömning. I granskningen framkom att handläggning och processer var korrekta och dessutom med en högre kvalitet än vid rutinsjukvården. Tidsbrist och språkproblem uppgavs som det största hindret i att kunna göra bedömning via telefon eller "på dörren besök" på vårdcentralen.

### **Typfall 1**

Man söker själv hjälp via papper på SFI. Handläggningstid cirka 1 vecka.

Denna patient har jag träffat i samband med gruppinformation samt vid ett tillfälle då han fick hjälp med akut tandläkarbesök. Skulle vilja beskriva hans personlighetstyp som typ A, alltså lättstressad och ganska lätt för att bli upphetsad.

Samtalet sker med hjälp av telefontolk. Han önskar få kontakt med läkare eftersom han noterat andfåddhet och hjärtklappning när han går i trappor. Vid stillasittande exv lektionstid får han efter cirka en timme kalla fötter. Han misstänker ett hjärtfel. Vi fortsätter samtalet med hans vikt (som ökat) och hur han funnit sig tillräta sedan han återförenats med sin familj. Han tycker allt är bra och det fungerar fint med familjesituationen, men han är missnöjd med sin viktuppgång. Vi går igenom matvanor och stress samt cortisol-utsöndring. Han får kostråd och motionsråd. Han beskriver sedan att det rinner gul vätska ur vänster öra och han har även tidvis smärta. Cirka 20 minuter av samtalet är nu gånget då han säger att han aldrig varit i kontakt med svensk sjukvård. Han berättar att han är orolig för att kontakta läkare eftersom det kanske blir lika dyrt som tandläkarbesöket. Vi går igenom högkostnadsskydd etc. Han säger att han sista tiden noterat att han lätt blir röd i ansiktet. På frågan om detta hänt tidigare svarar han ja när han var i Syrien och att han då var i kontakt med vården och behandlades med blodtappning (0,5/tillfälle) och genast förbättrades. Han har svårt att redogöra för hur hans blodbild var påverkad, "men något var för högt". Jag mäter blodtryck som är normalt. Ger lugnande besked, vi bestämmer att han ska träffa läkare på VC för att utesluta allvarliga sjukdomar. Jag kontaktar Kneippens VC som tar emot patienten 3 veckor senare.

**Konsekvenser:** Man som enligt min erfarenhet är inne i en typisk reaktionssvacka (stämmer väl överens med tid etc). Kan dock finnas risk för blodbildsförändring som ska läkarbedömas. Om inte han får läkarbesöket tror jag att han kommer att få en mera komplicerad symtombild. En ssk på VC skulle inte ta hans inledande symtom som någon allvarligare åkomma. Ssk skulle troligtvis inte ha tid att penetrera bilden och riskera att antingen avfärda eller beställa tid på felaktiga grunder. Risken är överhängande att han känner sig mistrodd och inte lyssnad på. Hans tillit till vården skulle riskera bli sviktande. Jag tror att han kommer att få lugnande besked och fortsätta sina SFI studier. Han kommer säkert att uppsöka mig för andra saker eftersom jag tagit honom på allvar och mina besked kommer säkert att ha hög validitet .

### **Typfall 2**

Ansvarig introduktionssekreterare ber om lotsning då klienten beskrivit ohälsa. Handläggningstid ca 8 arbetsdagar.

Gift trebarnsmor som inte påbörjat SFI studier eftersom sista barnet inte varit tillräckligt gammal för att börja på dagis. De andra två barnen går i skola.

Vi träffas på skolan. Kvinnan kommer tillsammans med make och yngsta barnet. Samtalet sker med telefontolk. Inledningsvis är det mannen som leder hela samtalet med beskrivning av sin frus ohälsoproblematik. Han berättar att hon varit i kontakt med VC många ggr utan att få någon hjälp. Efter summarisk genomgång av vården organisation kommer vi in på skillnader i våra länders sjukvårdssystem. Jag ber kvinnan att själv beskriva sina symtom. Hon visar upp båda tummarna (svampinfektion av lindrig art) uppmanar henne att gå till apoteket och köpa någon kräm personalen rekommenderar. Hon har ryggsmärtor samt ont i benen när hon ska resa sig efter bönen. Dessa enligt henne ”allvarliga symtom” anger hon som skäl till att inte påbörja SFI studier och vill att jag ska ordna en specialistkonsultation. Ny genomgång av rutiner etc, gör mannen mkt upprörd och han säger att vi svenskar måste ge paret tid. På frågan vad hon ska göra om dagarna när barnen inte är hemma får jag inget direkt svar, mannen upprepar behovet av tid. Försöker förklara att hennes upplevda ohälsa inte endast kan behandlas utifrån och att invänta rätt tillfälle då man själv känner sig mogen är ingen positiv information. Jag erbjuder ryggskola som leds av utbildad sjukgymnast på SFI. Mannen säger att han helst vill att frun inte går på skolan. Jag försöker då förklara för kvinnan att det bästa är att vi samarbetar. Bedömer sjukgymnasten att det finns behov av läkarkontakt ska jag omedelbart hjälpa henne att beställa tid på VC, med kompletterande information till VC om vad som framkommit under ryggskolan. Vi avslutar mötet med att bestämma ett nytt möte fredag samma vecka för vidare egenvårdsrådgivning. På fredagen går jag igenom kost och motionsråd, betydelsen av en bra kroppsvikt ur hälsosynpunkt, att ha fotriktiga skor kan minska ryggbesvären etc. Hon uppger att hon alltid måste inhämta samtycke från sin make enligt hennes traditioner. Går igenom hur vården kan uppfatta hennes och makens agerande om hon inte själv för sin talan, hon säger då att hon ska försöka själv tala i framtiden.

**Konsekvenser:** Den här familjen har omställningsproblem och deras sätt att lösa ”problemet” kommer att innebära många konfrontationer. Jag tror att paret kommer att kontakta vården i försök att utverka ett läkarintyg för att kvinnan ska slippa påbörja sina SFI studier. Paret saknar information om svenska samhället och det kan finnas rädsla för att introduceras. Paret framför allvarlig kritik via handläggaren på mig. Hon har erbjudits ryggskola och fem träffar med grupp och tolk i ämnet migrationshälsa för att klara av omställningen etc. Kvinnan har abdikerat från allt ansvar och försöker på olika sätt projicera beslut på andra tjänstemän och make? Hon har haft vårdkontakter pga medicinska skäl och fått behandling. Hon har aldrig sökt för besvären som hon beskriver vid våra möten. Samverkan mellan mig, handläggare samt vård kan innebära reducerad vårdkonsumtion och avbruten introduktion.

### Typfall 3

Lärare på SFI ber om hjälp med studerande som har frånvaro som accelererat sedan höstterminen startade.

Handläggningstid ca 6 arbetsdagar.

Vi träffas på skolan. Samtalet förs med hjälp av telefontolk. Inledningsvis säger jag att hans lärare uttryckt oro över hans höga frånvaro och undrar över hans hälsa. Han beskriver svåra sömnproblem sover endast 1-3 timmar per natt. Vi diskuterar orsaken till sömnsvårigheterna och han blir ledsen och berättar om känslor som övergivenhet tänker mycket på sin familj som finns kvar i hemlandet, grubbel som stör sömnen. Frågar om han har vänner, flickvän, det finns en kvinna från samma land som han har planer på att gifta sig med. När vi talar om hans låga närvaro ser han först lite ängslig ut och jag frågar om han dricker sprit (han doftar gammal fylla) så bekräftar han en konsumtion på 1/2liter 2-3 dagar per vecka. Vi diskuterar sömn och alkohol och om han behöver hjälp med att bryta alkoholkonsumtionen. Han tackar

ja till erbjudandet och jag kontaktar VC efter journalskrivning. Läraren och jag kommer överens att han ska få vara kvar i "sin" grupp under förutsättning att närvaron ökar och att han gör något åt sin alkoholkonsumtion, detta noteras också i journalanteckning så att vården ska se att vi samverkar. Handläggare informerad och han säger att det kanske rör sig om "självmedicinering"? Ber handläggare stötta eftersom jag inhämtat samtycke från patienten. Eleven berättar för handläggare som ställer relevanta krav på mannen som nu vill ha kontakt med Beroende kliniken. Vi skriver ett brev tillsammans och man kommer att kalla honom för att diskutera eventuell behandling. Jag kontaktar också Pilen som kan finnas som en resurs.

**Konsekvenser:** Troligtvis avstängning från SFI pga hög frånvaro. Eventuellt avbrott i introduktionen såvida inte mannen väljer att informera handläggaren om sin situation och be om hjälp. Risk för social utslagning, samt hög vårdkonsumtion i ett tyngre missbrukarperspektiv. Fördröjning av insats eftersom ingen kan lotsa patienten till korrekt vårdnivå.

#### Typfall 4

Handläggningstid första tillfället i dag/akut tillfälle två 24 timmar. Gift 1 barns pappa från mellanöstern som studerar på SFI. Har träffat honom vid ett gruppinformationstillfälle en termin tidigare. Positiv öppen personlighet berättar vid gruppinfo att hans dotter varit mycket sjuk varit i kontakt med VC, rekommenderades Alvedon och rikligt med dryck. Gruppen tyckte detta var mycket märkligt och vi gick igenom förhållningssätt och värderingar, skillnader i kulturerna, temperaturmätning/mätvärden etc. Det visade sig att ett fåtal personer hade termometer hemma näst intill obefintlig kunskap om kroppstemperatur/vad är feber. En termin senare söker mannen för att han fått akut yrsel, han ter sig starkt ångestladdad. Medföljande landsman som talar bättre svenska tolkar till honom. Vi går igenom tänkbara orsaker, kristallsjuka, virus, muskelspänningar pga ångest ffa i nacken, hyperventilation. Ger lugnande besked, instruktioner om avstressande övningar, andningsteknik etc. Han får besked att återkomma om besvären tilltar eller återkommer. Landsmannen tycker att dom ska ta ambulans till akuten (avrådes bestämt). Noterar att han vill men inte riktigt "litar" på min bedömning. Några dagar senare återkommer han redovisar att han följt alla råd men att yrseln kvarstår och dessutom har han fallit omkull i en butik. Får ligga på soffan medan jag kontrollerer blodtryck, puls, andningsfrekvens, allmän omvårdnad. Det framkommer att han sista tiden fått sömnproblem. Vi samtalar kring livet i allmänhet hans tankar om framtiden, familjen, allt som dyker upp. Det framkommer starka psykosociala faktorer. Samtalar kring att vara man i hans kultur, om att släppa på spänningar genom friskvårdsaktiviteter, att få gråta och sörja allt som man förlorat. Vi talar också om nya möjligheter. Vi kommer fram till att det troligtvis inte är fysiologiska orsaker till yrseln men att jag ska ordna tid till vårdcentralen för ett läkarbesök. Jag förbereder läkarbesöket med att skiva i datorjournalen inför kommande läkarbesök. Han återkopplar resultatet till mig "inga fysiologiska förklaringar, har bla fått taget ett EKG" är nöjd och glad berättar mera om sina tankar, frågar om han kan komma och prata med mig när det blir jobbigt. Tre samtal har skett under höstterminen vid första samtalet fanns oron kvar men de två sista har präglats av fokus framåt och på möjligheter. Det finns problem med familjen i hemlandet en bror som hotats o misshandlats starkt för detta. Återkopplar till handläggaren som är mycket förvånad eftersom hon inte haft någon misstanke om ohälsa.

**Konsekvenser:** Det finns en vag bristande tillit till svensk sjukvård (dottern att inte bli tagen på allvar) Ambulans till akuten, (livligt understödd av landsmän) kanske flera ggr med upprepade EKG-undersökningar etc. Akuten hänvisar troligtvis till vårdcentral vid framtida kontakter för liknande symtom. Vid kontakt med VC skulle han ha svårigheter med att förklara sina problem pga språknivån, som kanske skulle uppfattas som diffusa, Sjuksköterska skulle titta i cosmic och se vad som gjorts på akuten ge egenvårdsråd/lugnande besked med tanke på undersökningsresultat. Symtomen skulle troligtvis förvärras utan min kontakt och vårdkarusellen skulle gå igång. Orolig och frustrerad man som riskerar ökad sjukfrånvaro i skolan, risk

för försämrad inlärning pga av symtombild och dålig sömn. Familjen skulle dras med i mannens ohälsa eftersom jag känner till att det finns påtagligt starka band mellan makarna. Genom att snabbt gå in med hans egna resurser kan man bryta beteende som annars skulle bli mera manifesta.

### **Typfall 5**

Handläggningstid 5 arbetsdagar. Afrikansk gift flerbarns pappa. Studerar på KomVux talar utmärkt engelska. Söker upp mig på skolan för att han är rolig för yrsel och sitt höga blodtryck. Glad mycket öppen och positiv man som har lätt till skratt. (Tycker att han något forcedrad, ångestdriven?) Eftersom det är ett spontanbesök samtalar vi generellt om allt möjligt, lite kopplat till hans symtom men samtalet spårar lätt in på andra saker, vi bokar ny tid. Han uttrycker glädje över att få diskutera på engelska med mig eftersom han är bekväm med det, vi kommer överens om att inte boka tolk inför besöket. Vid besöket går vi igenom olika undersökningar han gjort, bandspels EKG, blodtryckskontroller han tar betablockerare för detta. Han förstår inte varför man inte hittar felet och under tiden vi pratar får han en rytmrubbning säger han. Jag tar pulsen, mkt riktigt slår hans hjärta fem regelbundna slag och hoppar ett, detta pågår cirka 10-15 minuter (Inderal effekt?) Beskriver andra symtom som sömn, andning etc, jag bekräftar honom. Efter en stund säger han ”att nu ska jag berätta något som jag inte pratat om sedan jag kom till Sverige”. Familjen tillhör en minoritetsgrupp som bott i en storstad i hemlandet sedan 300 år, man är handelsmän av tradition. Sedan 90-talet har gruppens sociala läge blivit alltmera utsatt och statusen har försämrats alltmer, den allmänna uppfattningen bland landsmän är att ”dom ska åka tillbaka till Portugal”. Under ett drygt decennium har det varit förenat med livsfara att vistas ute i dagsljus pga den ljusa hudfärgen, man har tvingats att röra sig ute efter mörkrets inbrott. En kväll bryter sig män in i hans hem, han bakbinds, misshandlas en bror försöker komma till undsättning. Brodern misshandlas och mördas, mannen frisläpps för en kort stund för att hålla sin döende bror i armarna, bakbinds igen, misshandeln fortsätter. Därefter gör dom saker med hans fru medan han tittar på, han benämner inte vad som görs. Han gråter stilla under samtalet. Vi beslutar tillsammans att han ska få kontakt med flykting medicinskt centrum (jag skriver remissen PTSD) Vårdcentral kontaktas om ny bokning med läkare för ställningstagande av annan medicinering? (sömn, blodtryck etc) Läkaren kommer då att få del av FMC remissen som måste vägas in i bedömningen. I slutet av samtalet berättar han om oro för sin 3,5 åriga dotter som sover oroligt och matvägrar. Föräldrarna har varit i kontakt med BVC och man har fått lugnande men inga konkreta råd. Vi går igenom olika handlingsalternativ gällande matsituationen och sömnen. Han beskriver stark oro för att hans psykologiska ohälsa håller på att överföras till barnen. Enligt uppgift hanterar hans fru upplevelserna i hemlandet förhållandevis bra, ”hon brukar trösta mig, att jag inte kunde försvara henne”. I min remiss till FMC kommer jag att koppla in dotterns symtombild så att det blir en helhetsbild. En son ”svimmar” barnkliniken utreder inte, vid samtal framgår att pojken troligtvis har affektkramp. Kontaktar BVC efter samtycke, ber dom att stödja familjen i föräldrarollen med råd och tips. Konsekvenser: Den här mannen har redan konsumerat en del vård utan att man förstått vad som legat bakom. Läkaren har remitterat till Psykiatrin under diagnos social fobi denna har dessutom avvisats. Eventuellt kan rytmrubbningen vara en läkemedels biverkning, eventuellt annan medicinering? Han berättar att han jobbigt på lektioner där det talas om utsatthet, våldtäkter etc får då flachbacks. PTSD innebär sämre inlärning. Högt sjukfrånvaro om symtomen inte behandlas. Då BVC inte känner till familjens historia finns det en risk att man missar signaler som kan leda till ohälsa hos barnen.

### **Typfall 6**

Handläggningstid veckor över längre period flera kontakter

Gift trebarns mamma från mellanöstern som är högutbildad, studerat en längre period på SFI utan jätteframgång. Har en hög drivkraft och motivation som inte står i paritet till prestationen enligt lärare? Vi har tidigare haft kontakt för att maken som arbetar haft ohälsa har då kunnat lotsa honom till VC (han tillhörde inte min målgrupp men jag tyckte det var oetiskt att låta bli). Hon har deltagit i Boels ”ryggskola” eftersom hon haft problem med nacke/rygg. Jag har personliga träffar 5 ggr för att ge det nödvändiga stöd som behövs. Det finns stora kunskapsbrister i hur svenska samhället fungerar. Detta i kombination där hennes ambitioner för sig själv, maken och barnen kolliderar. Hon är starkt ångestdriven och hennes coping-strategier sviktar. Hon får en del konkreta egenvårdsråd men vi diskuterar även hur man kan förhålla sig till olika situationer. Vid den sista träffen berättar hon att hon fått städjobb. Jag kommer att kalla henne till Boel sjukgymnast för ren ergonomisk utbildning.

**Konsekvenser:** Den är kvinna har resurser men kravbilden generellt är för omfattande. Det finns en avsevärd risk för hög vårdkonsumtion där hon söker för diffus symtombild. Vid ett vårdbesök tror jag att hon skulle uppehålla ett välanpassat ansikte utåt och somatisera sin situation. Eventuellt skulle hon hänvisas till en sjukgymnast som skulle göra en första bedömning dvs före läkarbesöket. Hennes inlärningsförmåga är försämrad för jag anser att hon befinner sig i en låst position. Jag hoppas att jobbet kan ge ett ekonomiskt uppsving och därmed inte vara beroende av försörjningsstöd. Självförtroendet stärks förhoppningsvis och hennes inläring förbättras. Förhoppningsvis får hon sitt D betyg och kan därefter inhämta svensk lärarutbildning och arbeta som det. Jag har valt att behålla kontakten med henne för att jag tycker hon förtjänar det.

## ***Metod för bedömning av vårdkonsumtion***

Vår metod bygger på att projektledaren och dennes medarbetare först gjorde en bedömning av hur omfattande deltagarnas vårdkonsumtion skulle varit om de inte deltagit i projektet. Den tidigare gjorda kategori – och gruppindelningen användes som ett av verktygen för bedömningen.

Bedömningen gjordes med hjälp av en skala bestående av sex olika alternativ (steg 1 nedan). Därefter gjordes en bedömning i fem skalsteg avseende hur stor del av den förväntade förändringen i vårdkonsumtionen som sannolikt kommer att undvikas på kort sikt genom deltagarens medverkan i projektet (steg 2).

Nästa fas i bedömningen gäller vårdkonsumtionen på medellång sikt, dvs. inom en tidsram på cirka tre år. Även denna bedömning gjordes med hjälp av en skala bestående av sex olika alternativ (steg 3 nedan). Slutligen gjordes en bedömning i fem skalsteg hur stor del av den förväntade förändringen i vårdkonsumtion på medellång sikt som sannolikt kommer att undvikas genom deltagarens medverkan i projektet (steg 4).

### **Revisor**

Som ”revisor” har fungerat en sjuksköterska med lång erfarenhet som arbetar som hälsosamordnare på en större vårdcentral som ligger i ett stort och invandrartätt upptagningsområde. Det innebär att projektets ”revisor” exponeras frekvent för problematik kopplat till invandrare.

Revisorns egen kommentar till projektledaren kring urvalet:

”Jag har pratat med några kollegor på distriktsläkarmottagningen och de har fått ta del av de tre fallen. Vi håller med om vad du kommit fram till i dina konsekvensbeskrivningar. Om inte du lagt ner så mycket arbete med dem hade vi haft dem på vårdcentralen x flera. I ”Fall 3”, kille född 80 vill vi lägga till ett scenario; han hade antagligen fått en läkartid pga. sina sömnproblem, recept på sömntabletter och sedan är det igång..... Alkoholfrågan hade antagligen inte alls penetrerats och det hade antagligen resulterat i flera läkarbesök. Din insats värdesätts, en viktig funktion för att förmedla kontakt på rätta grunder. Vi har ju inte tillgång (använder inte) telefontolk då patienterna söker oplanerat, det skulle naturligtvis underlätta men tiden (eller pengarna?) finns inte som du vet. Man efterlyser en ömsesidig kommunikation, dvs att kunna kontakta dig om man anser att det behövs i något fall. Måste personerna vara inskrivna i SFI för att du ska arbeta med dem? Någon synpunkt kom fram om att det inte kan vara en ”genväg” att komma via dig utan att patienterna får komma i den ordning som vi annars prioriterar. Det går säkert att förbättra rutiner kring detta så att det passar för alla.”

### **Steg 1. Vårdkonsumtion på kort sikt utan deltagande i projektet.**

Hur omfattande skulle deltagarens vårdkonsumtion sannolikt blivit under själva projekttiden om de ej deltagit i projektet?

1. Blivit lägre än vad den kommer bli nu
2. På samma nivå som den kommer bli nu
3. Blivit något högre än vad den kommer bli nu; (motsvarar 1 läkarbesök + 1 sköterskebesök eller liknande)
4. Blivit högre än vad den kommer bli nu; (motsvarar 2 – 3 läkarbesök + 2 - 3 sköterskebesök)
5. Blivit mycket högre än vad den kommer bli nu; (motsvarar 5 – 8 läkarbesök + 5 - 8

sköterskebesök + 1 vård dygn)

6. Blivit väsentligt mycket högre än vad den kommer bli nu; (motsvarar 10 – 15 läkarbesök + 10 - 15 sköterskebesök + 2 - 4 vård dygn)

### **Steg 2. Effekten av medverkan i projektet.**

Hur mycket av den i steg 1 förväntade förändringen i vårdkonsumtion - som sannolikt skulle uppkommit vid ett icke deltagande i projektet - kommer att undvikas genom deltagarens medverkan i projektet?

1. Inget, motsvarande 0 procent
2. Lite, motsvarande 25 procent
3. En del, motsvarande 50 procent
4. Mycket, motsvarande 75 procent
5. Allt, motsvarande 100 procent

### **Steg 3. Vårdkonsumtion på medellång sikt utan deltagande i projektet.**

Hur omfattande skulle deltagarens framtida (inom en tidsram på cirka tre år) vårdkonsumtion sannolikt blivit om de ej deltagit i projektet?

1. Blivit lägre än vad den kommer bli nu
2. På samma nivå som den kommer bli nu
3. Blivit något högre än vad den kommer bli nu; (motsvarar 1 läkarbesök + 1 sköterskebesök eller liknande)
4. Blivit högre än vad den kommer bli nu; (motsvarar 3 – 5 läkarbesök + 3 - 5 sköterskebesök)
5. Blivit mycket högre än vad den kommer bli nu; (motsvarar 8 – 12 läkarbesök + 8 - 12 sköterskebesök + 1 vård dygn)
6. Blivit väsentligt mycket högre än vad den kommer bli nu; (motsvarar 15 – 20 läkarbesök + 15 - 20 sköterskebesök + 5 - 8 vård dygn)

### **Steg 4. Effekten av medverkan i projektet på medellång sikt**

Hur mycket av den i steg 3 förväntade förändringen i vårdkonsumtion, som sannolikt skulle uppkommit vid ett icke deltagande i projektet, bedöms kunna undvikas årligen genom deltagarens medverkan i projektet?

1. Inget, motsvarande 0 procent
2. Lite, motsvarande 25 procent
3. En del, motsvarande 50 procent
4. Mycket, motsvarande 75 procent
5. Allt, motsvarande 100 procent

## ***Ärendebeskrivning***

I urvalet ingår 39 personer varav sex utgör de ursprungliga typfallen. Varje individ har ett urvalsnummer för att kunna identifieras och kontrolleras. I texten nedan kommer kommentarer om varje individ som kan vara av relevans för utvärderingen att kopplas samman med nämnda ID nummer.

**Ärende 1.** Mamman ber om lotsning till VC för psykisk ohälsa samt att hon misstänker ett för högt blodtryck och sömnproblem. Efter en tid kontaktar handläggare mig för att få hjälp med stödfunktion. Två döttrar i gymnasieålder vantrivs i Sverige och önskar återvända till hemlandet. Erbjuds kurator kontakt men avböjer vill endast ha kontakt med mig. Jag har försökt att stödja familjen under beslutsprocessen. Mamma och döttrarna har återvänt till hemlandet, pappa och son stannar kvar i Sverige. Pappan mkt deprimerad efter separationen samtalsstöd ansvarig introduktionssekreterare gav också samtalsstöd.

**Ärende 4.** Handläggare ber om lotsning. Man som aldrig påbörjat SFI studier kan fortfarande ingen svenska har idag instegsjobb. Gift sig och frun kommer hit på anhöriganknytning blir gravid nästan i direkt. Graviditeten uppfattas som komplicerad av mannen som tycker att vården diskriminerar hustrun. Frun stark ohälsa, kopplat till omställningen, enligt min tolkning. Egna reflektioner framtida integrering för familjen? Vem tar ansvaret för denna familj, just nu, ingen? Familjen har nästan inget socialt nätverk är totalt beroende av mannens arbetsgivare som löser alla språkliga och praktiska problem.

**Ärende 8.** Man som studerar på SFI och söker själv kontakt med projektanställd. Man som tillhör FÖK numera, varit fårherde i hemlandet, talar en del svenska, stark ohälsa som kan kopplas till meningsfullhet med situationen. Har lotsat honom till sjukgymnast på SFI sk ryggskola. Fått samtalsstöd av mig, depressiva inslag. Under höstterminen får han lite extra omsorg med bla träningscykel och sporadiska korridors samtal.

**Ärende 11.** Handläggare ber om lotsning. Flerbarnsmamma som har fått hjärtdiagnos i hemlandet. Vid närmare penetrering av situationen framkommer misstanke om PTSD. Lotsas till FMC där hon behandlas. Får diagnostiserat klaffel som inte behandlas har uppföljningskontroller enligt rutin.

**Ärende 12.** SFI studerande kvinna som själv söker kontakt för trötthet och gynekologiska besvär. Extra samtal tillsammans med maken, som kräver läkarundersökning. Omställningsproblem? Diskussion om rollerna, problem med arbetsfördelning, maken vägrar hjälpa till hemma och med barnen, inte hans uppgift. Framkommer vid senare tillfällen att kvinnan ej önskar fler graviditeter mannen nekar henne prevention. Gravid o missfall.

**Ärende 22.** SFI studerande söker själv hjälp för återkommande huvudvärk och lågt sittande ryggsmärtor. Gift inga barn maken kvar i hemlandet. Begränsat socialt nätverk, ingen direkt ohälsa som kräver medicinsk vård. Går i migrationshälsogrupp samt ryggskola som hon uppskattar. Tolkas som psyko-social ohälsa, lotsar för ett terapeutiskt läkarbesök.

**Ärende 26.** Söker själv hjälp via SFI för diffusa ryggproblem. Gift inga barn, make i hemlandet, starkt religiös åberopar religiösa regler, omställningsproblem? Har gått i migrationshälsogruppen på SFI även deltagit i ryggskolan. Det finns en grundpositiv inställning som man får bygga vidare på. Bedöms som psyko-social ohälsa.

**Ärende 30.** Handläggare ber om lotsning. Ensamstående med litet barn, upplevd ohälsa orkar inte med sin situation, har huvudvärk och diffusa smärta generellt. Noterar vid samtalet att relationen mellan mamma och barn, mamman avvisar sonens kontaktförsök. Samråder med introduktionssekreterare som uppfattat situationen vi har tolkar behovet lika. Vi skriver remiss

till slutenvården BUP som får bedöma och åtgärda, främst då gällande barnets bästa inte moderns hälsa. BUP avvisar med skälet att barnet inte kan samtala, hänvisar till FMC som hänvisar till Barnkliniken.

**Ärende 38.** Lärare ber om hjälp för ensamstående flerbarns mamma med stora sociala problem (barn som missbrukar etc). Har även problem med föräldraroll och allmän integrering. Skolproblem! Passar inte tider, stökig på lektioner har svårt att förstå att SFI ska ägnas åt studier. Upprepade samtal samt konkreta tips i föräldrarollen med arbetsfördelning etc. Jag kopplar in socialtjänsten så dom kan ge stöd till familjen. Skolan beslutar om studieavbrott, för att hon ska ha en rimlig chans att lösa andra problem först. Ånyo studier vårterminen 2010

**Ärende 44.** Söker själv hjälp via SFI. Man som efter valt att byta bostadsort vid flera tillfällen blir slutligen opererad i underbenet här i Sverige, efter direktlotsning till ortoped. Finns fysisk begränsning i arbetsfunktion. Fortsätter studier, kontakter med sjukgymnaster etc. för vidare bedömning av funktionsförmåga, samt eventuellt läkarutlåtande.

**Ärende 50.** Söker själv hjälp via SFI. Man med besvärliga ryggsmärtor, får egenvårdsråd samt deltagande i ryggskolan på SFI.

**Ärende 56.** Lärare +elev söker lotsning. Ung ogift man som strulat har hög frånvaro i skolan, kommit långt i introduktionen. Efter några kontakttillfällen med mig konstateras PTSD remitteras till FMC, nu bättre. Handläggare informerad och förvånad.

**Ärende 62.** Kvinna med multi sociala problem, svårt att ägna skoltiden åt studier. Får koppla in familjerätten, kvinna och make, hög konsumtion av alla resurser (SFI-Sjukvård-FLIT-handläggare)

**Ärende 66.** Se typfall 4.

**Ärende 68.** Söker själv hjälp via SFI. Man som upplever stark ohälsa har sömnproblem eftersom han kommer att få stora problem med att återförenas med familjen. Då skatteverket har registrerat honom som ogift. Springer mellan olika myndigheter som hela tiden hänvisar vidare. Stödsamtal och många träffar för att upprepa förklaringar. Han ordnar intyg från hemlandet som man inte godkänner på skatteverket. Moment22?

**Ärende 72.** Se typfall 2

**Ärende 74.** Landstinget Rehab Öst sjukgymnast ber om hjälp. Kvinna som fått mycket resurser som inte verkar hjälpa. Får delta i migrations-hälsogrupp. samt stödsamtal, något positivt effekt.

**Ärende 78.** Se typfall 6

**Ärende 80.** Man som kontaktar mig via SFI, hört talas om att "jag hjälper så många". Ensamstående socialt isolerad man, depressiva inslag, inget nätverk studerar vid SAS. Bedöms som högrisk person finns viss självmedicinering, sömnproblem och ångestattacker. Lotsas till vårdcentral och kurators kontakt.

**Ärende 86.** Söker själv hjälp via SFI för långdragna magsmärtor. Gift kvinna, inget socialt nätverk, tidsbegränsat uppehållstillstånd, vill skilsmässa, stödsamtal vid några tillfällen, magproblem. Erbjuds ryggskola deltog endast 1 gång. Kontaktsökande och lite förvirrad?

**Ärende 92.** Handläggare ber om lotsning. Stark psykisk ohälsa somatiserar mycket, en son har inte fått PUT. Behandlas på FMC, många stödsamtal innan FMC tog emot. Hela familjen involveras. FMC ber mig om hjälp för att kontakta VC för medicininställning. Får även kontakta vårdcentral för medicinskt problem som snabbt åtgärdas.

**Ärende 98.** Handläggare ber om lotsning. Gift, inga barn, kommit på anhöriganknytning. Tolkas som omställningsproblem diffus symtombild, stressreaktion. Huvudvärk, yrsel näsblod allmän ompyssling samt stödsamtal.

**Ärende 104.** Lärare och elev ber om hjälp. Man med fysisk ohälsa som skulle förbättras om han slutade röka och gick ner i vikt. Insiktslös, andra ska lösa situationen. Samarbetar lärare o jag med kravspecifikation vilket innebär att synliggöra att han ska närvara på lektionerna, inte springa ut och in, tala i mobil. Min tolkning är at denna person är ganska resurssvag och löser det med att åberopa ohälsa.

**Ärende 108.** Se typfall 3

**Ärende 110.** Söker själv kontakt på SFI. Kvinna högutbildad, äktenskapsproblem, vill ha skilsmässa, maken svårt med omställningen. Samtalsstöd x flera samt deltagit migrationshögskolekurs. Man hittar ett något förhöjt blodsocker vid hälsoundersökning, mycket av förklaringsarna hängs upp kring den eventuellt kommande diabetessjukdomen. Vill ha läkarkontakter hela tiden, det går åt en hel del information om rutiner etc.

**Ärende 116.** Handläggare ber om stödinsats och eget initiativ. Framgångsrik och positiv man som har stora problem med hustrun som inte vill integreras. Flera stödsamtal till paret där kvinnan har avsevärda omställningsproblem. Handläggare och jag samarbetar kring stödresurserna. Egenvårdsråd till mannen eftersom han ligger i riskzon, övervikt och stress. För hans del slutar det med sjukhusvård flera dygn, hjärtsjukvård och högt blodtryck. Nu åter tillbaka, vi träffas när det blir för tufft.

**Ärende 122.** Söker själv hjälp via SFI. Kvinna med nackproblem kontakt med vården, finns verifierad fysisk ohälsa, diabetes som kontrolleras enligt rutin. Maken PTSD vilket innebär ytterligare pålagring av symtom. Stödsamtal görs flera gånger.

**Ärende 126.** Söker på eget initiativ, problem av gynekologisk natur med pålagring av stress, till Kvinnokliniken.

**Ärende 134.** Söker på eget initiativ, har ryggbesvär sedan tidigare, Sverige och hemlandet har olika behandlingspolicy. Vägrar acceptera vård och behandling här. Belastas ytterligare av att kvarvarande familj i hemlandet dödas. Det finns även en sjuklig hustru, inslag av omställningsproblem. Information och stödsamtal flera gånger, trots vårdkontakt uteblir patienten från flera besök.

**Ärende 138.** Se typfall 1

**Ärende 140.** Maken söker hjälp för sin hustru, han studerar på SFI. Gift tre barn kom på anhöriganknytning. Maken talar mycket bra svenska och har två arbeten. Får gå i ryggskola på grund av smärtor i ländryggen som troligtvis härrör från hela krav och -förändringssituationen.

**Ärende 146.** Handläggare ber om lotsning. Gift flerbarnsmamma som har svårt med omställningen. Har vårdkontakt för okomplicerad medicinsk åkomma. Upplever stark ohälsa som visar sig i diverse kroppsliga symtom. Lotsas för symtomlindring, får stödsamtal.

**Ärende 152.** Utgår eftersom det är samma ID som nummer 68.

**Ärende 158.** Söker själv kontakt via SFI, kvinna som har depressiva inslag, huvudvärk, tankar och oro. Ger stödsamtal och egenvårdsråd.

**Ärende 162.** Söker själv kontakt upprepade gånger på SFI när oron blir för stark. Ensamstående kvinna opererad för hjärntumör (god prognos) mkt orolig haft samtalsstöd för att hantera ångest etc. Flyttat till annan stad för att få stöd från familjen. Kommer säkert at börja arbeta duktigt i svenska språket positiv och motiverad.

**Ärende 169.** Handläggare ber om lotsning. Äldre kvinna som är väldigt beroende av sonen eller andra landsmän. Är förvirrad och upplever stark ohälsa. Lotsas till respektive vårdinstans på grund av oklar feber, intensiv huvudvärk samt ögonbesvär.

**Ärende 172.** Handläggare ber om hjälp eftersom det finns olika hinder att påbörja introduktion. Ung man som flyttat från annan stad pga familjestrukturella problem, inslag av heder.

Svårt med integrering, blivit lotsad till Ungdomshälsan för samtals stöd som han efter ett besök avböjer. Ej börjat på SFI, strul.

**Ärende 176.** Handläggare på kommunen ber om lotsning. Man som blir lotsad till vård, svårare medicinsk åkomma, ej arbetskraft enligt min bedömning. Stora omställningsproblem med sociala familjeproblem som påföljd, hela familjen kräver stort stöd.

**Ärende 179.** Make och kvinnan söker båda kontakt för stöd och råd. Ung gift kvinna, mamma, lotsad till vård och väntar på åtgärd för mindre medicinsk åkomma. Inget socialt nätverk alls, båda osäkra i föräldrarollen BVC informeras och stödjer. Svårt med övriga sociala kontakter eftersom det finns religiösa strukturer, paret vill inte ha denna kontakt.

**Ärende 203.** Se typfall 5

### ***Indelning i tre grupper***

Efter att urvalet av de 39 deltagarna som ingår i utvärderingen genomförts och sorterats in under de olika typfallen uppstod det svårigheter med att få in de 33 fallen i de sex kategorierna. Efter diskussion strukturerades samtliga 39 i tre grupper som finns beskrivna nedan.

Gruppindelningen baserades bl. a på att den visar att vårdkonsumtionen kan ha sin förklaring i andra orsaker än just fysisk ohälsa. Ohälsa kan vara sjukdom men kan också sättas in i andra ursprungsfaktorer än fysiologiska. Naturligtvis är det projektledaren som definierat och tolkat vilken kategori som individen ska ingå i.

#### **Grupp 1**

Psykologiska ohälsosignaler som t.ex. sömnrubbingar, depression, bröstsmärtor, ångest och ryggsmärtor.

Post Traumatisk Stress syndrom (PTSD), som får tas omhändertas av flyktingmedicinskt centrum (FMC). Denna verksamhet faller under öppenvården. Missbruksproblematik, oftast överkonsumtion av alkohol, sänds till beroendekliniken som faller under slutenvården. Sist men inte minst viktigt, ohälsa som kan relateras till kulturkrock eller omställning till den nya livssituationen.

#### **Grupp 2**

Medicinsk vård, alltså det krävs en läkarinsats antingen på öppenvårdens vårdcentraler eller av slutenvårdens specialiteter. Ibland måste dock patienten gå via VC för att få tillträde till specialistvård alltså en landstingsöverenskommelse. (borde man egentligen göra en kostnadsanalys på, vad kostar inte extra besöket på VC även om man gör en grovsortering. Samma information skulle patienten kunna skriva själv på en egen remiss för att sedan hänvisas av specialist till VC för bedömning)

#### **Grupp 3**

Egenvårdsråd, samt ryggskola hos Boel sjukgymnast på SFI= fem tillfälle per deltagare ibland med repris. Ibland migrationshälsa fem tillfällen med mig utifrån individens behov. Denna kategori kan innebära ett läkarbesök ett s.k. terapeutisk sådant, för att lugna patienten.

Alla dessa grupper vårdkonsumerar, men på helt olika indikationer. Alla patienter som har vårdkontakt förbereds av mig via vårdjournal. Vilket rimligtvis borde innebära ökad träffsakerhet i diagnostik.

## ***Projektledarens arbetsuppgifter***

Efter beslut om att förlänga projektet fördes diskussioner om vilka arbetsuppgifter som ska ingå i tjänsten. Avgränsningen innebar

- Lotsning av patienter till korrekt vårdnivå. Ge egenvårdsråd i de fall det är aktuellt.
- Om det finns flera individer som har liknande ohälsoproblem ska projektanställd genomföra hälsoinformation gruppvis, dels för att spara tid men även för att se om gruppinformation är en framgångsrik metod.
- Information till olika personalgrupper både inom landsting och kommun.
- Kontinuerlig rapportering till styrgrupp för att bidra med material för beslutsunderlag.

Lotsning av patienter. Det finns idag fyra utarbetade strukturer för samordning av insatser.

1. Individen kontaktar själv via mall (se bilaga) sjuksköterska. Kontakt tas även spontant. Under perioden augusti-december 2009 har 293 dokumenterade besök noterats. Det finns anledning att diskutera tillgänglighetens betydelse. Det är min bestämda uppfattning att många av besöken har avvärjt vårdkontakter. Dessutom har kunskapen ökat på individnivå. Avsaknad av tillräckliga kunskaper i svenska språket hindrar individen att kontakta etablerade strukturer som tex Sjukvårds-rådgivningen. De kulturella och sociala strukturer/aspekter som innebär andra förhållningsätt i att lösa sina problem på är ett avgörande hinder i att ta till sig ”nya lösningar”. Avgörande är kontinuitet, dvs att samma person finns tillgänglig med konsekventa råd och anvisningar. Att det finns en person i närmiljön tror jag bäddar för ett förtroende där individen ”vågar berätta” (PTSD).
2. Lärare/SFI anställda kontaktar projektanställd för att resonera kring enskilda elever. Läraren ser eleven dagligen och är kanske den som uppmärksammar förändringar först. Det är inte ovanligt med sviktande sociala nätverksstrukturer. Vi kan tillsammans arbeta fram hållbara insatser som befrämjar egenansvar och hälsa tex muntliga eller skriftliga kontrakt. Läraren får tillräcklig information utan att man bryter sekretessen för att få en ökad förståelse för individen. Vi kan också gemensamt komma fram till gränssättningar och förhållningssätt. Dessa lösningar kommer på sikt förhoppningsvis att vävas in i organisationen och tillämpas då enligt beprövad erfarenhet. Men det behövs mera tid för att förändringen ska bli både kvarstående och etablerad. Mina insatser bygger också på att få handläggare på kommunen och SFI att samverka mera. Min uppfattning är att jag ofta fungerar som en brobyggare mellan enheterna.
3. Handläggare på kommunen gör hälsoscreening vid nybesök för att snabbt identifiera eventuella hälsohinder. Uppstår ohälsa senare kontaktar handläggare mig. Vi diskuterar ofta olika infallsvinklar på vad ohälsan kan stå för. Ofta (oftast) kontaktar jag handläggare och ger återkoppling om ohälsa som kan bedömas påverka introduktionen. (efter inhämtat samtycke). Det är inte ovanligt att samma återkoppling sker till Ekonomiskt Biståndskontoret, vilket varit mycket uppskattat. Vi samverkar kring individuella planer som istället för sjukskrivning blir tidsbegränsade deltidsstudier tillsammans med stärkande egenvårdsråd och livsstilsfrågor. Reducerad skoltid är alltid kopplat till planering med strukturerade mål/uppfillelse. Det är inte ovanligt att handläggare är ovetande om individens hälsa. En förklaring är att ohälsa/frånvaro är kopplat till incitamentet pengar och därför undviker man att berätta.
4. Landstingets olika vårdgivare samt privata aktörer. Personer som kontaktar vårdcentralerna för ”diffusa” symtom hänvisas ibland till mig för första bedömning. Ibland händer det att vårdgivare ger behandlingar där man inte når förväntat resultat pga kulturella eller personliga hinder. Jag kontaktas då för att ge hjälp med uppföljning och ibland direkta insatser. (Se förklaring om tillgänglighet). Läkare kontaktar mig för samverkansförslag det kan

gälla allt från studietid till praktik som sjukskrivning annan vårdgivarinsats etc. Personal på Vårdcentralerna får information om målgruppen och kommunen ansvar etc. Samma information efterfrågas alltmer inom slutenvården, som jag kommer att besöka framöver i mån av tid. En riskgrupp som identifierades tidigt var ensamkommande personer. Gruppen med arabisktalande män 18-30 var tveklöst ett framgångsrikt koncept. Samarbetet med Ungdomshälsan har utvecklats under hösten och vi har kontakt för att samverka kring hälsobefrämjande insatser. De personer som lotsats under hösten fungerar väl idag, samtliga verkar till att ha ökat sitt KASAM.

### Kommunens vård och Omsorgskontor

En del nyanlända personer som har rätt att få stöd och insatser från Vård och Omsorgskontoret saknar kunskap om rättigheterna. Dessutom saknas det stödfunktioner som kan driva sakfrågan vidare. Även landstinget behöver frekvent påminnas om skyldigheten att utfärda medicinska bedömningar, vård o omsorg "glömmer/tolkar" behov och lösningar högst individuellt. Tack vare ganska omfattande insatser har alla inblandade "tvingats" till det samarbete som varje organisations uppdrag innebär. Andra vårdinstanser som varit aktuella är, barnhabiliteringen öppenvårdspsykiatri, kommunens aktiviteter för funktionshindrade. Allt för att undvika avsevärda väntetider, som annars inneburit att introduktion för föräldrar/anhöriga fördröjts eller uteblivit.

### Indirekt vårdarbete och administration

Vid lotsning in i vården träffar jag eleven/patienten och tar reda på olika ohälsoundikatorer. Dessa dokumenteras i Cosmic. Vid besöken används till största delen (99%) telefontolk, 30 minuter. Där andra vårdgivare varit inblandade (utanför Östergötland alternativt privat) kontaktas de så journalhandlingar sänds till den nya vårdgivaren. I Cosmic under sökordet *samverkan* noteras också information om övriga insatser tex reducerad studietid/partiell sjukfrånvaro, deltagande i "ryggskolan eller migrationshälsa", stödsamtal osv. Syftet är att synliggöra behovet av samverkan. Vid besök för tex prevention inhämtas nödvändiga och tillräckliga uppgifter så att besöket blir vid rätt tillfälle. Detsamma gäller vid graviditeter. Risken är annars stor att det blir extra besök för att inhämta samma information. All kunskap som inhämtats under projektiden via kontinuerligt utbyte mellan sjuksköterskor och läkare, fungerar ofta som "smörjmedel" i diskussioner om handläggning etc. *Ibland får individen omfattande vårdinsatser och man kommer fram till att hälsoproblemen kan ha andra orsaker än fysisk ohälsa. Då erbjuds personen uppföljande samtal där möjlighet till information/diskussion om egenvård och livsstilsfrågor står på dagordningen.* Eftersom jag har kunskap om vad som gjorts och därmed ofta får en helhetsbild skapas nya infallsvinklar och förutsättningar för att "komma vidare". Att komma vidare innebär i det korta perspektivet, mindre vårdkonsumtion, fortsatta SFI studier en beredskap till att skapa högre KASAM poäng.

### Rutiner som förbättrats inom och mellan organisationerna

Att påverka Landstingets rutin för spårande av TBC tog ganska lång tid att få gehör för. Men idag har vi skapat bra rutiner för att spåra, behandla och inte minst begränsa spridningen. Såväl infektionskliniken och thoraxkliniken i Linköping/Norrköping har bett om min hjälp för att hitta och samtala med elever/klienter/patienter. Omfattande organisationsförändring avseende just TBC är under utveckling och kommer att vara baserat på regionalt samarbete.

Kontakt med landstinget vårdgivare för att lyfta vissa frågor. Kusingifte och konsekvenser. Se bilaga brev till kvinnokliniken och barnkliniken.

Information till riktade grupper som inte fullföljer behandlingar pga kulturella eller personliga problemlösningssmodeller.

### Nya områden är

Under projektets gång har gränsöverskridande områden identifierats som är angelägna att sprida kunskap om. Sådana områden riskerar annars att "falla mellan stolarna" kanske i tron att någon annan gör det. I vissa fall kan hälsokommunikatörerna ansvara för viss kunskapsöverföring. Text vid information om "hitta rätt i vården" kan man ta upp om högstkostnads skydd för vård och läkemedel/hjälpmiddel. Tandvårdens organisation och högstkostnads skydd är en annan viktig information. HK måste få information om kommunens ekonomiska biståndsregler eftersom vård och läkemedel ofta är kopplat till höga kostnader. På ett mera detaljerat plan tror jag att det är viktigt att professionen har och tar sitt ansvar. Att ge egenvårdsråd generellt är en sak men när det är på ett individplan finns det alltid kopplat till ett medicinskt ansvar. Vi måste särskilja på det allmänmänskliga och de professionella råd och instruktioner som varje individ får. På sjukvårdsrådgivningen finns idag anställt legitimerade sjuksköterskor med mångårig sjukvårdserfarenhet som ger egenvårdsråd relaterat till individens behov/symtom vilket alltid är kopplat till ett medicinskt ansvar.

#### Migrationshälsogrupper

I mötet med den enskilda personen förekommer ibland att flera personer har likartade hälsoproblem. Två grupper (en somalisk och en irakisk kvinnogrupp) har träffats vardera 6x1,5 timme. Innehållet är kopplat till individernas beskrivna symtom. Vid första träffen får grupperna presentera sina erfarenheter och strukturer från hemlandet, som sedan jämförs med de svenska. Därefter arbetar vi uteslutande med individens egna resurser hur man kan påverka sin hälsa utifrån livsstilsfrågor och kost. Personer som deltar kan även komma från Landstinget (se under indirekt vårdarbete).

## ***Vad är NyttoSam?***

Modellen NyttoSam har sitt ursprung i ett annat samhällsekoniskt verktyg, SamPop. Under år 2007 tog payoff över rättigheterna till SamPop från Arbetslivsresurs. SamPop togs ursprungligen fram av Samhall Resurs för ca 10 år sedan. Därefter har modellen vidareutvecklats och uppdaterats och fått namnet NyttoSam. En del av modellen avser programvara, som kontinuerligt uppdateras m h t förändringar av skatter, ersättningar, normkostnader o s v.

Med stöd av NyttoSam genomför payoff utvärderingar och analyser av projekt och verksamheter, som syftar till att minska utanförskapet i samhället och som skall leda till att individernas självförsörjningsgrad ökar. Uppdraget inbegriper utbildning riktad mot uppdragsgivaren, support under uppgiftsinsamlingen, ev. delrapporter samt en slutrapport som redovisas direkt hos kund.

Kortfattat fungerar programmet på följande sätt: genom att kartlägga en individs livs- och försörjningssituation FÖRE en åtgärdsperiod och sedan jämföra detta med motsvarande situation EFTER åtgärden beräknar NyttoSam de ekonomiska effekter som uppstått. Effekterna beräknas för såväl samhället som helhet, som för olika aktörer. De aktörer som redovisas separat i programmets standardversion är kommun/stad, landsting/region, försäkringskassa, arbetsförmedlingen, övrig stat<sup>3</sup>, staten totalt, försäkringsgivarna och individen själv.

NyttoSam ska ses som ett verktyg, som visar storleksordningen på utfallet av de vidtagna åtgärderna för samhället och respektive aktör. Utfallets precision är till stor beroende av kvaliteten på inmatade uppgifter – ju bättre underlag desto säkrare att utfallet är pålitligt.

Programmets struktur bygger på de lagar, regler och system som gäller i dagens samhälle samt ett antal antaganden och avgränsningar. Skattelagstiftningen, socialförsäkringssystemet, standardkostnader för olika offentliga tjänster, högkostnadsskydd samt regler för olika arbetsmarknadsåtgärder är några av de delar som ingår i programmet.

Trots programmets solida och matematiskt korrekta karaktär vill vi inom payoff betona att alla de ekonomiska konsekvenser, som är kopplade till en individs rehabilitering är svåra att identifiera, mäta och beräkna. Särskilt komplicerat är att beräkna det ekonomiska värdet av ”mjuka” s.k. ”icke-ekonomiska” effekter, som förhöjd livskvalitet, bättre hälsa, minskat lidande m.m. Vi har därför valt att inte ta med sådana effekter i våra kalkyler. Den marginella osäkerhet som finns i programmets utfall gör att vi avrundar de beräknade värdena till jämna tusentals kronor.

### **Avgränsningar och antaganden**

För att klara av att bygga upp matematiska modeller och formler som ligger till grund för NyttoSams beräkningar har ett antal avgränsningar, baserade på etablerad nationalekonomisk teori, gjorts. Utan dessa avgränsningar blir sambanden allt för komplexa att beräkna och tolka. Följande avgränsningar har gjorts:

- Inga undanträngningseffekter förekommer. Skapade jobb är ytterligare jobb på arbetsmarknaden
- Alla resursbesparingar kan omfördelas och användas där behov föreligger även i det korta perspektivet
- Ev. inkomstökningar för individen leder till ökad konsumtion, inget sparande förekommer
- Enbart ekonomiska effekter ingår i analysen. Eventuella ”icke-ekonomiska” effekter på livskvalitet och välbefinnande ingår inte

---

<sup>3</sup> Skatter, arbetsgivaravgifter mm.

- De ekonomiska effekter som ingår gäller bara den specifika individen. Eventuella indirekta effekter som uppkommer för familj och omgivning ingår inte
- Programmet förutsätter att allt som produceras av de personer som arbetar/kommer i arbete är efterfrågat på marknaden.
- Den intäkt som staten har i form av moms och indirekta skatter bygger på den produktion som individen åstadkommer och inte den konsumtion som han/hon kan orsaka
- Programmet förutsätter att utbetalade lönebidrag alltid är anpassade till individens produktivitet, innebärande att arbetsgivaren inte kan göra någon vinst på den del av produktionen som denne kompenseras för med lönebidrag
- Lönebidraget står i omvänd relation till individens produktivitet

| <h2 style="text-align: center;">NyttoSam</h2> <p style="text-align: center;">- ett verktyg för samhällsekonomisk utvärdering -</p>   |  |   |
|--|--|---|
| <p><b>Förutsättningar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- urval eller totalstudie</li> <li>- deltagarnas situation före och efter deltagandet i åtgärden jämförs</li> <li>- möjligheter att göra ett alternativscenario, vad skulle hänt utan åtgärd?</li> <li>- utvärderingen görs i nära samverkan med beställaren alternativt efter certifiering</li> </ul> | <p><b>Några nyckeltal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- intäkter och kostnader för det som utvärderats måste tas fram</li> <li>- lönsamhet och payoff-tid beräknas med stöd av intäkter och kostnader</li> <li>- verkningsgrad fokuserar på deltagarnas egenförsörjning och konsumtion av vård och omsorg</li> </ul> | <p><b>Nyttn:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- synliggör effektivitet och samhällsekonomisk nytta av sociala investeringar på kort och längre sikt</li> <li>- ger beslutsunderlag som underlättar framtida satsningar</li> <li>- möjliggör lärande och jämförelse med liknande åtgärder</li> </ul> |