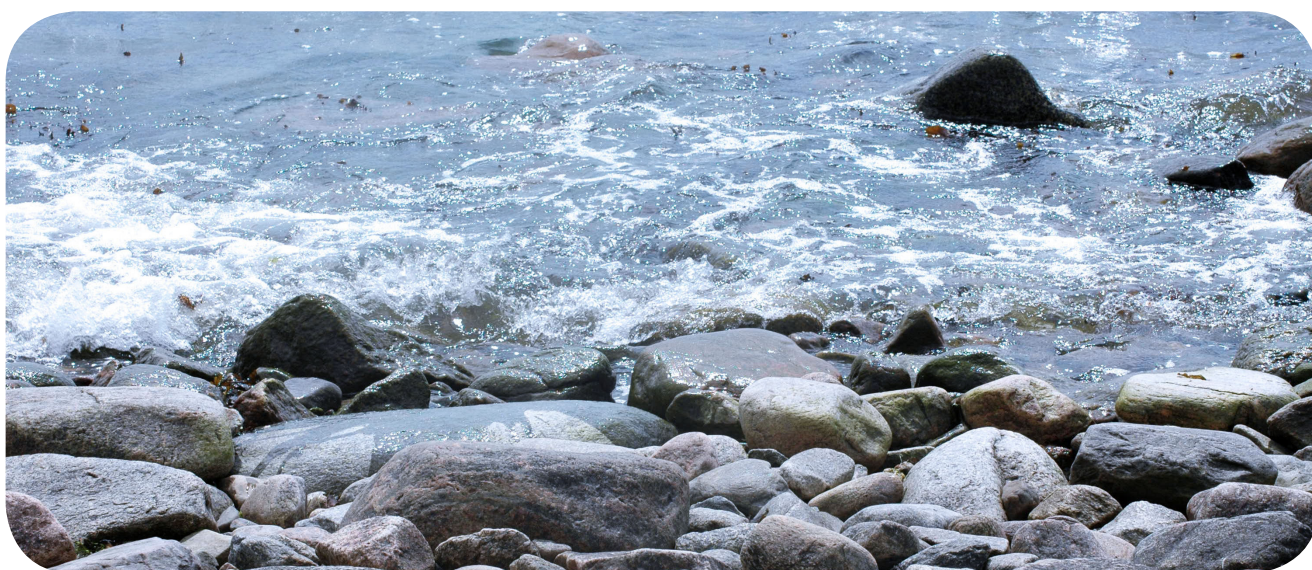




RAPPORT – 26 Maj 2009



Utvärdering av verksamheten vid Enheten för
Asyl- och flyktingfrågor, Västra Götalandsregionen

Lennart Carlsson

Fil dr, Hälsoekonom

NHV:s rapportserie 2010:0 R



Nordiska högskolan
för folkhälsovetenskap



norden

Nordiska ministerrådet

NHV-rapport 2010:3 R

ISBN: 978-91-85721-86-3

ISSN: 0283-1961

© Nordiska Högskolan för folkhälsovetenskap, 2010.

Författaren är helt ansvarig för rapportens metod, teori, resultat och slutsatser.

SAMMANFATTNING

Inledning

Vi inleder med en kort beskrivning av NCHSA, det centrum som fått föreliggande utvärderingsuppdrag. Nordic Centre for Health and Social Assessment (NCHSA), verksamt vid Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (NHV), har till uppgift att erbjuda nordiska organisationer och institutioner inom välfärdsområdet utvärderingskompetens på uppdragsbasis. NCHSA håller samman ett kunskapsnätverk knutet till NHV som består av en mix av forskare som i sina uppdrag tillämpar vetenskaplig metodik. NCHSA är kopplad till akademiska institutioner vilket innebär att NCHSA endast tar uppdrag vars resultat och erfarenheter får användas i forskningssammanhang. NCHSA har, enligt styrelsens intentioner, under de första verksamhetsåren 2008-2009 koncentrerat uppdragen till Norge och Sverige. För mer utförlig information hänvisas till www.nchsa.se.

Uppdrag

Västra Götalandsregionen (VGR) har, via Regionöverläkare Karin Stenqvist, önskat en utvärdering av Enheten för Asyl- och flyktingfrågor (EAF) vid kanslienheten på hälso- och sjukvårdsavdelningen. EAF bildades 2004 och sägs ha skördat framgångar i sitt arbetssätt genom att ha skapat ordning, struktur och rutiner för hälso- och sjukvård till asylsökande och flyktingar. Man vill gå vidare genom att samtidigt som man bevarar sin initiala flexibilitet också utvecklar sin förmåga till förnyelse. Önskan om utvärdering ska ses som ett sätt att dels dokumentera och analysera verksamhetens framgångsfaktorer, dels ge input till den avsedda förnyelsen. Uppdraget har lämnats till NCHSA. Det har genomförts av fil dr Lennart Carlsson, forskaranknuten till Karolinska Institutet. Lennart Carlsson ingår i NCHSA:s kunskapsnätverk.

Uppdraget gäller genomförandet av en utvärdering med lärande ansats, där enhetens roll som kunskaps- och kommunikationsnav för hälso- och sjukvårdsfrågor för asylsökande ska beskrivas, analyseras och värderas.

Genomförande

Uppläggningsen av arbetet har planerats och genomförts i tre faser enligt följande:

- dokumentstudie inklusive litteraturgenomgång
- självvärdering genomförd av enhetens båda medarbetare
- individuella intervjuer

Dokumentstudien och självvärderingen genomfördes under hösten 2008. Intervjuer och komplettering av uppgifter till dokumentstudien genomfördes i huvudsak under första kvartalet 2009.

En styrgrupp bestående av tre forskare vid NHV har följt och kommenterat arbetet under dess gång.

EAF har analyserats ur tre olika aspekter. Den första handlar om enhetens uppdrag och organisering och omfattar: enhetens uppdrag, enhetens organisationsform och organisatoriska placering, rutiner för hälsoundersökning samt de asylsökandes boende- eller vistelseformer. Den andra handlar om information, där uppgiftsflöden mellan organisationsenheter analyseras. Den tredje handlar om relationering, där förmåga till nätverksbyggande analyseras.

I analogi med den lärande ansatsen i utvärderingsarbetet avslutas rapporten med tre strategiska frågeställningar som bedöms viktiga att uppmärksamma inför framtiden. Dessa redovisas nedan.

Slutsatser

EAF upplevs av omvärlden som en trygg, tillförlitlig och uppdaterad kunskapskälla inom ett besvärligt verksamhetsfält. Verksamheten är dock sårbar genom sin litenhet beroende på att den bygger på ett nära samarbete mellan två medarbetare med kompletterande kompetenser. Utvärderingen visar att EAF har hög måluppfyllelse vad gäller både antal genomförda hälsoundersökningar och den tidsgräns på två månader som satts som mål för dessa undersökningar. Med detta menas att hälsoundersökning är utförd inom denna tidsgräns efter den asylsökandes ankomst till Sverige. Ett arbete som möjliggör kvalitetssäkring av hälsoundersökningar inklusive hälsosamtal har satts igång.

Enhetens framgångsformel visar sig vara att man mixat tre kompetenser: sjukvårdskompetens, ekonomisk- och administrativ kompetens. Dessa tre kompetenser besitter enhetens båda medarbetare – en sjuksköterska och en ekonom. Medarbetarna har korta beslutsvägar genom sin centrala placering. De har hälso- och sjukvårdsledningens förtroende och ges därmed möjlighet att arbeta självständigt. Enhetens resultat är mätbart och EAF fungerar idag som ett förtroendeingivande kunskapsnav för frågor om asylsökandes hälso- och sjukvård.

1. Hur bidrar hälso- och sjukvårdsledningen till att ge EAF fortsatt legitimitet?
2. Hur omprövas uppdraget till EAF? Fokus på vårdens innehåll och kvalitet?
3. Hur säkerställer EAF att verksamheten fungerar om fem år?

INNEHÅLL

Introduktion 5

Bakgrund och problem
Utvärderingsobjekt
Utvärderingsfrågor

Metod 9

Övergripande synsätt
Val av utvärderingsmodell inklusive uppdragsavgränsning
Datainsamling
Dataanalys
Validering
En not om forskning

Teoretisk föreställningsram 12

Generell systemteori
Teori om tjänsteproduktion
Teori om intersektoriell samverkan

Resultat 13

Enhetens uppdrag
Hälsoundersökningar med hälsosamtal
Ekonomisk redovisning
Information och utbildning
Stöd till samverkansaktörer

Analys 19

Självvärderingen
Organiseringsaspekten
Informationsaspekten
Relationeringsaspekten

Slutsatser 27

Utvecklingssituation
Svar på utvärderingsfrågorna
Strategiska frågeställningar

Bilagor 31

Bilaga 1. Enskilda intervjuer
Bilaga 2. Styrgrupp
Bilaga 3. Temaguide

Refererad litteratur
Besökta webbplatser

Introduktion

Bakgrund och problem

NCHSA

Först några ord om NCHSA, det centrum som fått föreliggande utvärderingsuppdrag. NCHSA är ett nybildat centrum vid Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (NHV). Det är ett samarrangemang mellan NHV och Västra Götalandsregionen. NCHSA erbjuder nordiska välfärdsorganisationer och institutioner utvärderingskompetens mot ersättning enligt självkostnadsprincipen. NCHSA håller samman ett kunskapsnätverk knutet till NHV som består av forskare från olika discipliner som i sina uppdrag tillämpar vetenskaplig metod. NHV har sedan ett par år tillbaka etablerat "intersektoriell samverkan" som ett spetsområde inom Health Management. Det innebär fokus på organisering, ledning och styrning av gränsöverskridande samarbete och samverkan (se t.ex. Edgren & Stenberg 2006; Axelsson & Bihari Axelsson 2007; Åhgren 2007). NHV har ett flertal kurser inom området och empiriskt baserade forskningsprojekt om samverkan i vårdkedjor, närsjukvård, kvalitetsarbete, rehabilitering och psykiatri.

Situationsbeskrivning

Enligt en överenskommelse mellan staten och dåvarande Landstingsförbundet övertog sjukvårdshuvudmannen från och med den första januari 1997 ansvaret för asylsökandes sjuk- och tandvård. Kostnadsansvaret behöll staten. Sjukvårdshuvudmannen får en schablonersättning för de asylsökande som finns i respektive landsting/region samt därutöver ersättning för kostnadskrävande vård.

Så fort som möjligt efter ankomsten till Sverige ska alla asylsökande erbjudas en hälsoundersökning. Den nationella strategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar har som delmål att hiv-infektion hos nyanlända flyktingar och anhöriginvandrare ska identifieras inom två månader. Tidig upptäckt av hiv och sjukdomar som tuberkulos och hepatit underlättas om asylsökade genomgår den hälsoundersökning de har rätt till. En undersökning genomförd av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) avseende år 2005 visar att i genomsnitt endast 40 procent nyanlända hälsoundersökts. Antalet varierar stort mellan olika landsting/regioner vilket enligt undersökningen beror på variation i sättet att informera och följa upp de asylsökande. År 2007 mätte SKL på nytt och noterade 19 550 hälsoundersökningar av asylsökande vilket motsvarar 45 procent av samtliga nyanlända. Denna siffra jämfördes med året innan som då visade sig vara 30 procent. Stora skillnader uppvisades mellan åren troligen beroende på osäkerhet i materialet. Under 2008 skedde en kraftig ökning av antalet genomförda hälsoundersökningar av nyanlända asylsökande jämfört med 2007, från 45 till 60 procent enligt SKL (2009).

Hälsoundersökningarna regleras av Socialstyrelsens allmänna råd 1995:4 "Hälsö och sjukvård för asylsökande och flyktingar". En hälsoundersökning är till för att uppmärksamma ohälsa hos individen och att hindra spridning av smittsamma sjukdomar.

Av råden framgår att hälsoundersökningen bör omfatta:

- individuella hälsosamtal
- provtagning, vad som är relevant utifrån samtalet (frivillig, men upplysa om skyldighet enligt SmL att låta undersöka sig)
- eventuell kroppsundersökning

Migrationsverket förser landstingen/regionerna med namn och adressuppgifter för att dessa ska kunna kalla till hälsokontroll. Detta görs till Migrationsverkets kontaktpersoner i landstingen/regionerna. Alla nyanlända asylsökande erbjuds också hälsoundersökning vid inskrivningssamtalet när de anländer till Sverige. Det kan noteras att hälsoundersökningen är frivillig.

Problem

Även om antalet undersökta nyanlända ökat till 60 procent står 40 procent utan undersökning. Vad kan detta bero på? Enligt SKL (2009) redovisar landstingen problem att nå de asylsökande – kallelserna når helt enkelt inte fram till den asylsökande. På små orter med små vårdcentraler där det finns flyktingförläggningar kan man dessutom ha problem med att hinna med själva hälsoundersökningen.

En orsak till det första och dominerande problemet kan vara att landstinget/regionen helt enkelt inte hittar den asylsökande på den uppgivna adressen. Gruppen är rörlig och många väljer att bo hos släktingar eller vänner, så kallat eget boende (ebo) framför att bo vid ett så kallat anläggningsboende (abo) i Migrationsverkets regi där de lättare lokaliseras.

Problemet är svårt att komma till rätta med och det finns många tänkbara orsaker. En är att informationen från Migrationsverket om vilka som verkligen tackat ja till den erbjudna hälsoundersökningen inte är helt tillförlitlig eftersom alla asylsökande inte uppfattat att de erbjudits undersökning. Förutom felaktiga adresser finns också personer upptagna på Migrationsverkets listor till landstingen som redan fått en hälsoundersökning i annat landsting där de tidigare bott. En annan orsak kan vara det faktum att kallelsen är skriven på svenska språket.

Vikten av en bättre uppföljning och en bättre samverkan mellan Migrationsverket och landstingen/regionerna verkar uppenbar. Från och med den 1 juli 2008 skärptes kraven på landstingen. Landstingen blev då skyldiga att erbjuda hälso- och sjukvård samt tandvård till asylsökande och flyktingar. Detta regleras genom en särskild lag: Lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl., samt av Förordning (2008:347) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. Lagen och förordningen tar över tidigare utgivna överenskommelser mellan SKL och regeringen. Lagen reglerar asylsökandes och vissa andra utlänningars rätt till hälso- och sjukvård och tandvård samt erbjudande om hälsoundersökning. Förordningen föreskriver att Migrationsverket lämnar uppgifter till landstingen som möjliggör erbjudande om hälsoundersökning. Utöver detta finns Förordning (1990:927) om statlig ersättning för flyktingmottagande m.m. Denna förordning är tillämplig när

vård ges till vissa utlänningar som på grund av sjukdom eller handikapp måste beredas vård enligt förordningens § 34.

Problemet i många landsting förefaller vara att kunskapen om asylsökande är spridd på mångahänder. ”Mycket är bekant men dock iskilda hjärnor” (Sjöstrand 1985). Organisationen blir utsatt och sårbar på så vis att när en samlad dokumenterad kunskap saknas och personer med nyckelkunskap lämnar organisationen, kan vitala delar av verksamheten slås ut.

Problemsammanfattning

Staten och SKL är angelägna om att få väl fungerande rutiner för att så många av de asylsökande som möjligt ska erbjudas hälsoundersökning. Men rutinerna i många landsting är bristfälliga varför cirka 40 procent av de asylsökande står utan undersökning.

Enheten för asyl- och flyktingfrågor bildas

Några landsting/regioner har etablerat rutiner som lett till att en stor andel asylsökande verkligen får de undersökningar de har rätt till. Västra Götalandsregionen (VGR) är ett sådant exempel. Kalmar läns landsting är ett annat.

År 2002 gjordes en probleminventering i VGR avseende vården till asylsökande och fann:

- att hälsoundersökningar utfördes i begränsad omfattning, 50 procent. Detta ansågs bero på brist på personal, kunskap och samverkan med Migrationsverket.
- att VGR går miste om ersättning från staten för dem som varit särskilt vårdkrävande, dvs. kostat VGR mer än 50 tkr. Detta ansågs bero på bristande kunskaper, avsaknad av samverkan med staten och kommunerna och ett krångligt regelverk.
- att ensamma flyktingbarns behov av hälso- och sjukvård inte tillgodoses. Detta ansågs bero på bristande hälsoundersökning särskilt ur psykiatrisk synvinkel – uppföljning saknas. Landstingen uppmärksammar inte problemet/sitt ansvar.
- brister på alla nivåer gällande kunskap, rutiner och uppföljning. Detta ansågs bero på att någon samlad organisation och kunskapsbank inte hade tillskapats.

Inventeringen ledde till att en enhet bildades som fick i uppdrag att skapa enhetliga rutiner avseende hälso- och sjukvård till asylsökande och rutiner för den ekonomiska handläggningen av dessa ärenden gentemot Migrationsverket. Enheten för asyl- och flyktingfrågor (EAF) bildades år 2004 som ett projekt inom regionkansliet i VGR. Den skulle drivas som ett projekt under en treårsperiod. Denna period löpte ut den 31 augusti 2007. En kortfattad utvärdering (Palo, 2007) slog fast att verksamheten bör permanentas. Detta skedde den 1 september 2007.

År 2007 kom 3 435 inflyttningsmeddelanden från Migrationsverket över nyinflyttade asylsökande till Enheten för Asyl- och flyktingfrågor i VGR. Av dessa utfördes hälsoundersökningar på 2 389 asylsökande, vilket motsvarar 70 procents behovstäckning.

Av dessa gjordes 2 224 inom tvåmånadersgränsen, det vill säga 93 procent. Totalt 6 asylsökande avböjde hälsoundersökning.

Utvärderingsobjekt

EAF har varit igång som projekt sedan 1 september 2004 och som löpande verksamhet sedan den 1 september 2007. Det finns ett allmänintresse av att se hur en region med dels storstad, dels småstäder och landsbygd som VGR organiserat sig för att tillmötesgå den individuella asylsökandes rätt till hälsoundersökning och samhällets behov av att förebygga smittspridning. Inom VGR finns intresse av att få verksamheten beskriven och utvärderad. Medel för detta avsattes under budgetåret 2008.

Utvärderingsfrågor

I uppdragshandlingen finns ett antal frågeställningar som utvärderingen ska besvara. Fokus lades på området hälsoundersökningar. För enhetens övriga uppdrag formulerades frågor kring samverkan.

Hälsoundersökningar med hälsosamtal

- Efter vilken logik är arbetsprocessen vid EAF uppbyggd för att dels nå ut till de asylsökande, dels få dem att komma till den erbjudna hälsoundersökningen?
- Hur får EAF vårdcentraler och mottagningar intresserade och motiverade att avsätta tid för undersökningarna? Hur ser innehållet ut i en hälsoundersökning?
- Hur samspelar EAF med hälso- och sjukvården som har till uppgift att genomföra hälsoundersökningarna?
- Vilken typ av utbildning bedriver EAF för hälso- och sjukvården och hur vägleds man i sitt utbud?
- Hur följs hälsoundersökningarna upp? Finns det t.ex. någon rutin för hur hälso- och sjukvården för vidare information från hälsoundersökningarna på ett ändamålsenligt sätt?

Samverkan

- Vilken slags kompetens behöver samspela vid EAF för att få verksamheten att fungera?
- Hur ser samspelet ut mellan EAF och Migrationsverket?
- Hur samspelar EAF med kommunerna?
- Hur sköts informationen till berörda verksamheter?

Utöver detta har arbetet med den ekonomiska hanteringen i samband med vården av asylsökande uppmärksamats i utvärderingen.

Metod

Övergripande synsätt

Idén med utvärdering handlar om att samla erfarenheter, sprida dessa, lära av dem och på så vis utveckla en verksamhet. Systematiskt sammanställd kunskap om hur en verksamhet fungerar ligger till grund för framtidens agerande. För att skapa inlärning och utvecklade arbetsmönster är det betydelsefullt att en utvärdering kan ses som en del i en positiv lärprocess, en lärprocess där medarbetarna i verksamheten som utvärderas deltar i något som kan förbättra deras vardag. Det betyder att NCHSA arbetar sig fram i dialogform.

Vid en lärande ansats som denna är det den framtida välfärden som står i fokus (Springett 2001). En lärande ansats innebär också en medveten strävan hos utvärderaren att skapa villkor för att utvärderingens resultat ska kunna omsättas i praktisk förändring (Jfr Sandberg och Faugert 2007). Lundin och Söderholm (1995) betonar att en utvärderare som tillåter den utvärderade verksamheten att aktivt medverka i design av utvärderingsmetod har bättre förutsättningar för framgång mätt i hur utvärderingen tas emot av den utvärderade verksamheten jämfört med en utvärderare som självständigt finner sin metod.

Organisationer som producerar välfärdstjänster kännetecknas av att vara löst sammankopplade och svåra att koordinera (jfr Gustafsson 2007). I det här fallet rör det sig om en nödvändig samverkan mellan regionen och staten och administrativa rutiner som måste fås att samspela. Det handlar vidare om olika kulturer som ska samspela. Verksamhetens förmåga att bidra till att skapa värde/nytta för den asylsökande är i blickpunkten. Centralt är hur de olika aktiviteterna hänger samman för att skapa en helhetslösning för den asylsökande och samtidigt minska dennes söktid och framförallt väntetid för att få sina behov uppfyllda.

Val av utvärderingsmodell inklusive uppdragsavgränsning

Utvärderingens frågor styr vårt modellval. En processutvärdering har valts för detta arbete eller teoridrivna programutvärdering som den också kallas (Rossi, Freeman och Lipsey 1999). Den har till funktion att systematiskt följa genomförandet av en åtgärd. Grovt sett består den av tre steg:

1. utveckla en tankestruktur som talar om hur ett program kan utformas för att lösa ett specifikt samhällsproblem (dvs. möta en målgruppens ouppfyllda behov)
2. formulera och prioritera utvärderingsfrågor
3. besvara aktuella utvärderingsfrågor

Ett programs logik (1) är av centralt intresse i utvärderingssammanhang. Alla samhällsåtgärder är grundade i en idé om hur det hela är tänkt att fungera. Utvärderings

frågor (2) finns formulerade under särskild rubrik ovan, varför vi hänvisar till denna text. När det gäller att prioritera bland utvärderingsfrågorna ligger fokus på verksamheten vid EAF snarare än de vårdenheter inom VGR som svarar för det praktiska genomförandet av hälsokontrollerna. Detta av det skälet att utvärderingsobjektet är verksamheten vid EAF. En avgränsning av utvärderingen har gjorts vilket innebär att den inte värderar det medicinska innehållet i vården av asylsökande. EAF kan sägas ha en sorts mäklarfunktion mellan Migrationsverket och de enheter som bedriver vård. Hur denna mäklarfunktion fungerar är inte bara av intresse för EAF utan förmodligen också av allmänt intresse.

Datainsamling

Dokumentstudie

Utvärderingsarbetet inleddes som brukligt med en dokumentstudie. Till denna studie användes skriftliga dokument som sammanträdesprotokoll, verksamhetsplaner, budget, årsredovisning, statistik över målgruppen, informationsbroschyrer, aktuella webbplatser, artiklar i dagspress om verksamheten och annan information av betydelse för att sätta in NCHSA i uppdraget och bereda väg för den empiriska studien.

Empirisk studie

Den empiriska studien startade med att EAF i *steg I* genomförde en självvärdering. Som underlag till denna valdes en processmodell i fem dimensioner inspirerad av Normann (1991) som särskilt lämpar sig för utvärdering av tjänsteverksamheter. Tjänster är i modellen definierade som sociala processer. Modellen bygger på systemperspektivet och att man på EAF formulerar:

- Målgrupp. För vilka systemet/verksamheten utformas.
- Erbjudande. De fördelar som erbjuds målgruppen.
 - Vad som erbjuds eller vad som kommer att uppnås som ett resultat av tjänsten.
- Leveranssystemet. De resurser som samspelar för att skapa värde/nytta.
 - När, var och hur tjänsten levereras.
- Kultur och filosofi. Styrande övertygelser, normer och värderingar.
- Image. Omvärldens uppfattning om verksamheten.

Modellen är välkänd och beprövad i studier och analys av tjänste- respektive kunskapsverksamheter och kan användas både som utvärderingsinstrument och ett sätt att beskriva verksamhetens centrala delar. Enhetens båda medarbetare genomförde självvärderingen tillsammans. Den finns sammanfattad i inledningen av analysen. Självvärderingen fungerade som input till nästa steg.

I *steg II* genomfördes individuella semistrukturerade intervjuer med de två medarbetarna vid EAF samt nyckelpersoner vid samspelande vårdenheter. Vidare

intervjuades handläggare vid Migrationsveket, Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting samt Stockholms läns landsting. Totalt intervjuades 18 personer efter ett strategiskt urval (Robson 1993). Tre av dessa 18 har intervjuats vid två tillfällen. Respondenterna intervjuades på sina respektive arbetsplatser. Fem av respondenterna intervjuades per telefon. En temaguide (se bilaga 3) låg till grund för frågorna och intervjutiden varierade mellan 30 minuter och 2 timmar. Temaguiden med sina specifika temaområden genererades ur analysen av självvärderingen. Intervjuerna dokumenterades med hjälp av intervjuprotokoll som fördes under varje intervju. Steg II avslutades när teoretisk mättnad uppnåddes (Glaser & Strauss 1967) vilket svarar mot den punkt i undersökningen när fler intervjuer inte tillför något väsentligt nytt.

Ett ytterligare steg, *steg III*, övervägdes. Det gällde individuella semistrukturerade intervjuer med ett litet antal asylsökande. Eftersom utvärderingen inte omfattar vare sig innehållet eller kvaliteten i den vård som levereras till de asylsökande bestämde vi oss för att avstå från steg III.

Skriftlig dokumentation till grund för utvärderingen fick utvärderaren under vecka 40, 2008. Självvärderingen genomförs vecka 42 samma år. De individuella intervjuerna genomfördes under december 2008 – mars 2009.

Kontaktperson i verksamheten

För att arbetet skulle löpa smidigt utsågs till en början en kontaktperson i verksamheten. Efter hand visade det sig att båda medarbetarna vid EAF gav tillräcklig vägledning för att utvärderaren själv skulle kunna ta önskvärda kontakter för sin datainsamling.

Dataanalys

Analys av insamlade dokument gav grundläggande information om verksamheten och utgjorde ett avstamp för hur den empiriska studien lades upp och genomfördes.

Dataanalysen av den empiriska studien i sin tur, inleddes med att granska resultaten från självvärderingen. Därefter granskades resultaten från intervjuerna. Detta gick till på så vis att direkt efter varje avslutad intervju kondenserades innehållet från denna. Detta kondensat är ett sammandrag som innehåller intervjun i sin avskalade form, dvs. den information som är relevant för att besvara utvärderingens frågeställningar. Detta material fördes till en "resultatdatabas" som kompletterades undan för under allt eftersom intervjuerna genomfördes (jfr Lantz 1993). På så vis blev det möjligt att successivt se vad som karaktäriserade innehållet på en abstraktare nivå. Analysarbetet har kännetecknats av en iterativ process där analysen speglats mot föreställningsramen. Vid analysarbetet har den teoretiska föreställningsramen använts för att förstå och kunna beskriva viktiga fenomen som uppträder.

Validering

Studien har validerats genom att utnyttja flera sätt att belysa en frågeställning. Det innebär att resultatet av intervjuerna har jämförts med insamlat sekundärmaterial, s.k. triangulering (Denzin 1988).

En not om forskning

Att NCHSA är kopplad till en akademisk institution som NHV innebär att välja en utvärderingsmetod som är kopplad till uppdragsgivarens behov fristående från kommersiella och andra särintressen. NCHSA konkurrerar inte med traditionella konsultföretag inom området. Att NCHSA är kopplat till en akademisk institution innebär att NCHSA endast tar uppdrag vars resultat och erfarenheter får användas i forskningssammanhang. Vägledande forskningsetiska principer tillämpas vilket innebär att den forskning som är aktuell måste förankras i berörd verksamhet.

Teoretisk föreställningsram

För att bedöma enhetens funktionssätt kommer vi att knyta an till några teoretiska modeller. En kort sammanställning av några sådana modeller med relevans för samverkansområdet följer här. Vi inleder med dem som är kopplade till systemsynsättet, som utgör vårt övergripande förhållningssätt i utvärderingen.

Generell systemteori

Systemperspektivet är en del av det övergripande synsättet i denna utvärdering. Det innebär att systemet – EAF – ska kunna skapa gränser gentemot sin omvärld och definiera sig i relation till sin omvärld (jfr Edgren 2006; Normann & Arvidsson 2006). Systemperspektivet är vanligt inom organisationsläran. Ett system kännetecknas av processer, interaktioner och relationer mellan systemets olika delar. Alla delarna i systemet är beroende av varandra. Sociala system (Levin & Normann 2000) följer en social logik, de formerar sig för sin uppgift, de kombinerar olika slags resurser – lokaler, utrustning och professionell kompetens – för att skapa värde/nytta för sina målgrupper. Det kan t.ex. handla om att administrativ-, ekonomisk- och sjukvårdskompetens och IT som behöver samspela på ett visst sätt.

Systemperspektivet lär oss att förstå vilka delar som hänger samman och är beroende av varandra för att producera värde/nytta för identifierade målgrupper. Det hjälper oss också att uppmärksamma interaktion mellan dessa delar (Edgren 2008). Lindencrona (2008) anlägger ett systemperspektiv för att förstå verksamheter inriktade mot att ta emot och underlätta anpassningen av nyanlända flyktingar till Sverige.

Teori om tjänsteproduktion

Utvärderingsansatsen utgick inledningsvis från teori om tjänsteproduktion (till skillnad från varuproduktion), vilket framgår av struktureringen av uppläggning och genomförande av utvärderingen. Här refereras huvudsakligen till Normann (1991; 1992), men även Edgren (1998).

Teori om intersektoriell samverkan

Stenberg (1999) visar att samverkan smörjs av att medel finns avsatta för just samverkan. Samma författare betonar att koordinatörer för samverkanslösningar i offentlig verksamhet behöver legitimitet och att denna legitimitet kommer genom auktorisation "ovanifrån" Edgren och Stenberg (2006) har uppmärksammat samverkan mellan kommuner och landsting genom att studera konceptet närsjukvård. Axelsson och Bihari-Axelsson har studerat samverkan inom folkhälsans område och Åhgren (2007) har analyserat fenomenet vårdkedjor som ett sätt att länka samman olika verksamheter som behöver framstå med ett koordinerat utbud till patienten/brukaren.

Inom rehabiliteringsområdet har olika samverkansformer prövats med olika huvudmän som aktörer ("Finsam", "Socsam", "Frisam") och det finns en riklig dokumentation inom området (Sandström m.fl. 2007; Wihlman 2009).

Resultat

Enhetens uppdrag

Den probleminventering som låg till grund för tillskapandet av EAF handlade om administrativa brister och kunskapsbrist bland både beställare och utförare om hur asylsökande togs emot i VGR. Tillkomsten av EAF som en samlad administrativ resurs på regionnivå inom området motiverades av medicinska, humanitära och ekonomiska skäl.

I början av år 2004 skapades därför vid hälso- och sjukvårdsavdelningens kanslienhets Enheten för asyl- och flyktingfrågor (EAF) som skulle arbeta i projektform under tre år och därefter utvärderas. Det övergripande syftet var att skapa ordning och reda inom verksamhetsområdet i hela regionen. Detta skulle ske genom att sprida kunskap om gällande regler och bygga upp rutiner för både rapportering och fakturering av genomförda vårdinsatser.

Enhetens uppdrag är att utarbeta enhetliga regler i regionen för omfattningen av hälso- och sjukvårdinsatser inom verksamhetsområdet, vidta informationsåtgärder, skapa rapporteringsrutiner mm, så att en tillförlitlig rapportering och uppföljning kan ske vad gäller utförda insatser, tidsförhållanden, fakturering och utbetalning.

Arbetet skall inriktas mot att se till att informationen når samtliga berörda. EAF gavs också i uppdrag att utveckla hållbara rutiner för samverkan med kommunerna, Migrationsverket och andra myndigheter.

EAF har som övergripande uppdrag att arbeta med åtgärder som syftar till att regionen kan fullgöra de hälso- och sjukvårdsinsatser som avtal och överenskommelser med staten anger och skapa möjligheter till löpande uppföljning och analys av det verksamhetsmässiga och ekonomiska utfallet.

Verksamheten skall uppnå ekonomisk balans med erhållna statsbidrag inom området och rutiner skall tillskapas som kan möjliggöra en uppföljning av hälsoundersökningarna vad gäller omfattning och tidsförhållanden.

EAF skulle finnas inom Hälso- och sjukvårdsavdelningens kanslienhet och bemannas med tre medarbetare med erfarenhet från verksamhetsområdet och/eller god kunskap om hälso- och sjukvården och dess organisation och med kompetens inom områdena medicin, ekonomi, flyktingadministration och ledarskap.

Hur EAF har tolkat sitt uppdrag framgår av enhetens webbsida som kan nås via www.vgregion.se/asylenheten.

Enheten för Asyl- och flyktingfrågor arbetar med:

- information och utbildning av personal
- gemensamma regler och riktlinjer i Västra Götalandsregionen
- ansökningar till Migrationsverket om ersättning för varaktig vård
- att starta och delta i utvecklingsarbete
- samverkan med andra myndigheter i asyl- och flyktingfrågor.

Den interna utvärdering som genomfördes vid projekttidens slut (Palo 2007) föreslog att EAF efter genomförd uppbyggnadsfas borde inrikta sig mot kvalitetssäkring av tillskapade rutiner och bedriva mer offensiva informationsinsatser för att efter hand kunna ägna sig mer åt frågor av policykaraktär.

NCHSA finner att EAF:s verksamhet handlar om fyra saker:

- support för genomförande och redovisning av asylsökandes hälsoundersökningar
- ekonomisk redovisning till staten av asylsökandes hälsoundersökningar och vård
- information och utbildning
- stöd till samverkansaktörer

Det kan noteras att antalet asylsökande 2008 totalt sett minskat i hela riket jämfört med 2007. Detta gäller dock inte för VGR, där antalet i stället ökat med nära

20 procent. Andelen ensamkommande barn till Sverige visar en ökning för motsvarande tid. Antalet kvotflyktingar och familjeanknytningsfall har dubblats sedan 2007 för riket i sin helhet. Andelen hälsoundersökta asylsökande som uppvisar psykiska besvär ökar enligt återrapporteringen från vårdcentralerna, där ett ökat antal avvísningar bedöms vara en av orsakerna.

Hälsoundersökningar med hälsosamtal

Rapportering

Inom VGR har behovstäckningen efter enhetens bildande varit omkring 80 procent, vilket bedöms vara mycket högt. Det goda resultatet tycks stå sig, även om det visat sig uppstå svårigheter att exakt beräkna detta, vilket bl.a. har att göra med att vissa asylsökande flyttar ut från regionen samma år de flyttat in.

Rapporteringen som den framgår av enhetens årsberättelse för 2008 anger att 2 401 personer noterats som nyinflyttade under året. Av dessa hade vid årets slut 388 flyttat ut. Av de kvarvarande 2 013 hälsoundersöktes 1 600. Räknat på detta sätt blir behovstäckningen 79,5 procent vilket motsvarar ett bortfall på 413 individer. Ett litet bortfall bland nyinflyttade finns genom att vissa asylsökande inte medger att Migrationsverket överlämnar inflyttningsmeddelande till hälso- och sjukvården. Detta bedöms endast bestå av enstaka nyinflyttade.

Rutiner för att finna nyinflyttade asylsökande

Rutinerna för rapportering av nyinflyttade asylsökande till primärvården fungerade tidigare på ett tillfredsställande sätt inom Göteborgs stad. För VGR var dessa rutiner bristfälliga. EAF har i samarbete med Migrationsverkets mottagningsenheter skapat fungerande rutiner för att säkerställa att uppgifter om inflyttade dagligen skickas till EAF. EAF sorterar och förmedlar dessa uppgifter vidare till utsedd kontaktperson som EAF har vid varje vårdcentral i VGR. Återrapporteringen från vårdcentralerna över utförda hälsoundersökningar fungerar väl med enstaka undantag. EAF sammanställer denna rapportering. Det kan konstateras att tidsramarna hålls för flertalet vårdcentraler, vilket möjliggör uppföljning ur både smittskydds- och folkhälsoaspekt. En beslutad ändring av rutinerna vid en av migrationsverkets mottagningsenheter innebär att uppgifter till EAF fördröjs gällande ensamkommande barn. Vissa manuella rutiner för sammanställning och rapportering till hälso- och sjukvårdsavdelningens kansli kommer att datoriseras när uppföljningen av hälsoundersökningarna och tillhörande ekonomisk redovisning datoriseras. Förebilden är det uppföljningssystem som används inom Region Skåne, vilket EAF vidareutvecklat för VGR.

Rutiner för att stämma av nyinflyttade asylsökande

Utöver dagliga meddelanden över nyinflyttade asylsökande vilka kommer från Migrationsverkets mottagningsenheter, sammanställer och distribuerar Migrationsverkets huvudkontor i Norrköping månadsvis "papperslistor" med uppgifter över nyanlända asylsökande för varje landsting/region. För avstämning av ersättningsbelopp översänds en CD från huvudkontoret kvartalsvis. Huvudkontoret har under en längre

tid uppvaktats av EAF för att övergå till en elektronisk rapporteringsrutin som möjliggör en snabbare och mer tillförlitlig rapportering. Under innevarande år 2009 förväntas detta implementeras.

Genomförande

Hälsoundersökningar inkluderat hälsosamtal genomförs decentraliserat och kan ske vid varje vårdcentral i VGR. EAF har kontaktpersoner vid varje primärvårdskansli inom regionen för ekonomiska ärenden, men har byggt upp direktkontakt med varje primärvårdsenhet inom Västra Götaland. För Göteborgs del fungerar detta via en särskilt utsedd kontaktperson som i sin tur hanterar direktkontakterna med primärvården.

Under år 2005 har EAF tillsammans med Smittskyddsenheten i VGR bildat en arbetsgrupp som träffas regelbundet för gå igenom och försöka öka andelen nyinflyttade som genomgår hälsoundersökning. Att undersökningen görs inom den förväntade tidsramen (2 månader) följs upp. Man bevakar särskilt infektionssjukdomar som tbc och hiv/aids. Nya kontakter har etablerats med de vårdgivare som möter gruppen gömda och papperslösa.

VGR kan få ersättning från staten för så kallat "varaktigt vårdbehov under vissa omständigheter". Det gäller även tidigare asylsökande, kvotflyktingar samt anknytningsflyktingar. De svårigheter som finns att identifiera dessa grupper har delvis lösts genom att utbilda kontaktpersoner och skapa samarbete med handikappförvaltningen och med flyktingsamordnare i vissa kommuner. Det kan tilläggas att VGR är ett av få regioner/landsting som hittills ansträngt sig för att lösa detta och som även utvecklat en samverkan med primärkommunerna i Västra Götaland för att identifiera personer som får vård som tillhör kommunernas ansvarsområde. Detta gäller personer som är beroende av vård från både kommunen och VGR.

Samverkan med enheter i VGR som arbetar med folkhälsa förekommer sporadiskt. En särskild satsning gjordes under året för att undersöka möjligheten till ett mer systematiskt utnyttjande av de hälsokommunikatörer och motsvarande som redan finns i VGR inom vissa områden. Detta kunde dock inte fullföljas på grund av politikernas bristande intresse.

Löpande statistik över antalet nyinflyttade asylsökande respektive antalet genomförda hälsoundersökningar rapporteras varje månad till kontrollern vid hälso- och sjukvårdsavdelningens kanslienhet.

Ekonomisk redovisning

Ekonomi i balans

Ett av motiven för enhetens tillblivelse var att söka få in den ersättning VGR har rätt till av staten för utförda hälsoundersökningar och få VGR:s åtagande gentemot staten i ekonomisk balans. Det uppnåddes 2007. Arbetet har därefter inriktats mot att utveckla en mer effektiv ekonomisk redovisning. Detta gäller allt från

faktureringsrutiner inklusive fakturaspecifikationer till elektroniska överföringar, sammanställningar och analyser av det ekonomiska resultatet. Som exempel kan nämnas att Sahlgrenska Universitetssjukhusets olika kliniker tidigare fakturerade EAF var för sig. En rutin har utformats med samlingsfaktura för hela sjukhuset för dels öppen, dels sluten vård. Motsvarande lösningar har gjorts för flera andra sjukhus. EAF har bl.a. under samverkan med Region Skåne inom ramen för nätverket SAMSAS (Samverkansstrategier för asylsjukvården mellan Stockholms läns landsting, Västra Götalandsregionen och Region Skåne) även implementerat effektiva fakturerings- och betalningsrutiner från det tidigare nämnda uppföljningssystemet i Region Skåne.

Vårdenheter inom VGR har informerats och utbildats i hur kostnader för vård av asylsökande och motsvarande patienter bör registreras och faktureras. Det är en förutsättning för att EAF skall kunna söka ersättning för vissa av dessa kostnader hos staten. För genomförda hälsoundersökningar utgår ersättning kvartalsvis i efterskott efter redovisning och rapportering från EAF till Migrationsverket. För varaktig vård och för synnerligen kostnadskrävande vård för asylsökande och motsvarande görs rapportering och återsökning av medel där det ibland krävs journalhandlingar som underlag. För övrig vård "som inte kan anstå" och för vård av barn under 18 år utgår en schablonersättning som är åldersrelaterad. Schablonersättningen skall också täcka vård av gömda barn och papperslösa patienter. Denna jämförelse mellan vad vårdenheterna fakturerar EAF och de intäkter som VGR erhåller som schablonsumma varje kvartal följs upp av EAF och rapporteras till kontrollern vid "regionkansliet".

Intäkter och kostnader

Schablonersättningen för de tre åldersgrupperna höjdes till 3 375 SEK (0-18 år), 4 000 SEK (19-60 år) och 5 090 SEK 61-xx år) från januari år 2008. Den samlade höjningen för året bidrog därmed till ca 10 miljoner kronor i ökade intäkter. Totalt uppgick intäkterna till 80 miljoner kronor under helåret 2008 baserat på de drygt 5 000 individer som beräknats finnas inom VGR.

Kostnaden för de hälsoundersökningar vårdcentralerna genomfört och fakturerat EAF under 2008 uppgick till ca 2,6 miljoner kronor.

Kostnaden för vårdinsatser som passerat gränsen 100 000 kronor enligt vissa angivna beräkningsregler och som fakturerats EAF uppgick under året till ca 21 miljoner kronor. Underlaget var 75 patienter. Kostnaden för den varaktiga vården som fakturerats EAF uppgick till ca 4,5 miljoner kronor för året 2008.

Vårdenheterna inom VGR har under år 2008 begärt ersättning för utförd vård för drygt 100 miljoner kronor. Denna fördelar sig på sjukhusvård 75 procent och primärvård 15 procent. Resterande 10 procent är kostnader för tandvård och tolktjänster och till en liten del även för hjälpmedel. Procentsatserna är ungefärliga.

Information och utbildning

Utvärderingen visar att EAF är noga med att kontinuerligt uppdatera sin kunskap gällande lagar, förordningar och regler och löpande informera sina samverkansaktörer. Detta innebär att man bedriver utbildning för olika samverkansaktörer i olika former vilket illustreras nedan. Dessa insatser tar allt större del av enhetens resurser.

Målgrupper, innehåll och form

Till största delen utgör primärvården målgrupp för den systematiserade informationen och de planerade utbildningsinsatserna. Kontaktytorna består av samtliga vårdcentraler, men också av primärvårdens kanslier främst i ekonomiska ärenden. Informationen handlar främst om vårdinsatser för asylsökande där bl.a. hälsoundersökningar med hälsosamtal ingår.

Men även uppgifter om smittspridnings- och smittskyddsfrågor, och särskilda frågor som hanteringen av papperslösa har lett till information och utbildning som arrangerats av EAF. Sådan information har gått ut till samtliga sjukhus i VGR. Här är man mer inriktad på regler om kostnadskrävande vård och konkret fakturahantering. Informationen till tandvården påminner om den till sjukhusen.

Informationen ges oftast över telefon men kompletteras vid behov med att EAF medverkar i konferenser eller seminarier. En tanke är att successivt få enhetens hemsida att fungera som primär informationskälla, varför den information som läggs ut där är utskriftsvänlig.

Likartade frågeställningar, men även den lokalmässiga närheten till smittskyddsenheten i VGR har haft betydelse för kunskapsspridningen inom detta område.

Stöd till samverkansaktörer

Målgrupper, innehåll och form

De samverkansaktörer som här avses är aktörer i kommunerna i Västra Götaland, statliga myndigheter, stiftelser, frivilliga organisationer och övriga nätverk som "Adlon-gruppen", ett nätverk mellan åtta landsting för hiv-prevention och nätverket SAMSAS. Det kontaktnät som EAF utgör nav i är rikt förgrenat. Några exempel ges här för att spegla bredden i samverkansaktiviteterna under 2008.

EAF har tillsammans med Migrationsverket och Mölndals sjukhus diskuterat vård och kostnader för de som har tagits i förvar. Detta resulterade i att en sjuksköterska från Kållereds vårdcentral besöker Förvaret 1-2 dagar i veckan. Det har kompletterats med riktlinjer för hur de förvarstagna bör bemötas och vad man erbjuder dem. Det hela har skett i samråd med akutvårdsavdelningen och psykiatrien på Mölndals sjukhus.

EAF har medverkat vid möten med de samverkansgrupper för flyktingfrågor som finns i Mariestad, Trollhättan, Borås och Göteborg. Där ingår Migrationsverkets lokala mottagningar, olika smittskyddsenheter, flyktingsamordnare i kranskommunerna och flyktingsjuksköterskor i primärvården samt barn- och ungdomspsykiatri och i Mariestadsguppen även vuxenpsykiatri.

EAF fick i uppgift att lämna remissyttrande över en FN-rapport "Mission to Sweden" som behandlar sjukvård till vuxna asylsökande. Här har man samverkat med utförarna inom hälso- och sjukvården och bl.a. Rädda Barnen och Rosengrenska stiftelsen.

Sesamhuset i Göteborg, som ger information och kunskap om hiv/aids, samlevnad och sexualitet i regi av Göteborgs stad, anordnade en halvdagsinformation om hiv/aids för personer som på olika sätt arbetar med nyanlända, där EAF medverkat under temat "Missar sjukvården livsfarlig smitta".

Analys

Självvärderingen

Vi inleder analysen med självvärderingen. Här tillämpas den processmodell för tjänsteproduktion som inspirerats av Normann (1991) som använts som stöd för självvärderingen. Nedan redovisas analysen av självvärderingen i punktform.

Målgrupp

Hälso- och sjukvårdsavdelningens kanslienhet för styrning och ledning

Primärvårdskanslierna för debitering av utförd vård

Vårdcentraler för genomförande av hälsoundersökningar samt vårdfrågor

Sjukhusens ekonomifunktioner för debitering av utförd vård

Sjukhus och dess kliniker för informationsgivning

Smittskyddsenheten för informationsutbyte

Kommuner i Västra Götaland för debitering av utförd vård samt vårdfrågor i samband med integrationsarbetet.

Migrationsverket för anvisningar och redovisning

Erbjudande

Lämna uppgifter om vilka asylsökande som ska erbjudas hälsoundersökning

Sammanställa statistik över genomförda hälsoundersökningar

Hantera debitering av utförd vård

Tolka och överföra information om regelverk till målgruppen

Utbilda målgruppen att genomföra hälsoundersökningar, att hantera psykisk ohälsa och smittsamma sjukdomar m.m, samt att ta betalt för utförd vård

Svara på olika frågor från målgruppen

Mäkla information mellan aktörer inom VGR och mellan VGR och centrala myndigheter

Svara för månatlig rapportering till kanslienheten på hälso- och sjukvårds-avdelningen

Leveranssystemet

Skicka mail och gruppmail till målgruppen eller submålgrupper

Vara tillgängliga på telefon

Svara för uppdaterad hemsida på VGR:s webbplats

Arrangera utbildning på lämplig plats

Medverka i seminarier och konferenser

Använda informella kontaktvägar

Kultur och filosofi

Påläst

Uppdaterad

Tillgänglig

Tillmötesgående

Ambitiös

Image

Seriöst bemötande

Håller vad man lovar

Behärskar området

Hjälpsam inställning

Gott rykte hos centrala myndigheter

Vad säger oss nu denna uppräkningslista? Den modell som vi tillämpat här lär oss att systemet skall vara i balans genom att dess fem komponenter samspelar väl. Målgruppen och det som erbjuds målgruppen skall svara mot det informations- och kunskapsbehov målgruppen har. Leveranssystemet innebär att de kanaler man väljer att kommunicera genom skall passa ens erbjudanden eller tjänster. Värderingar, i modellen uttryckt som kultur och filosofi, skall så småningom förhoppningsvis avsätta sig i en motsvarande image i omvärlden. Analysen av självvärderingen ger vid handen att det finns en god korrespondens mellan de fem ovan förtecknade systemkomponenterna.

När detta är sagt bör nämnas möjligheten till innovationer i leveranssystemet. Modellen lär oss att nya kostnadseffektiva erbjudanden ofta kommer fram i intressanta samspel med verksamhetens mest krävande samverkanspartner inom den identifierade målgruppen. Slutligen ett par rader om systemets omvärld. EAF lever i en starkt föränderlig omvärld vilket ställer stora krav på anpassningsförmåga. Vi talar inte här om passiv anpassning utan en förmåga till nyorientering inom ramen för det uppdrag som getts verksamheten. Detta gäller inte minst förändringar i statsmakternas regelverk och intentioner. Vi återkommer till detta längre fram i utvärderingen.

Ovanstående analys tjänar som plattform för att lokalisera fyra centrala aspekter av verksamheten. Innehållet i dessa centrala aspekter har vaskats fram ur de individuella intervjuerna. Analysen av dessa redovisas nedan.

Organiseringsaspekten

Enhetens uppdrag

Enhetens uppdrag formulerades redan under projekttiden, och bekräftades när verksamheten permanentades. Det arbete som utförts under åren har följt denna uppdragsbeskrivning.

Beskrivningen av vad som kan kallas kärnverksamhet innehöll till stor del utbildning och information. Vid uppbyggnad av den egna hemsidan lades vikt vid att omformulera lagtext till tydliga anvisningar som stöd för användarna. En kontinuerlig uppdatering av nyheter som rör asylsökande ingår i verksamheten. EAF bidrar också till att skapa en "nationell hantering" av ett antal frågor inom området. Att "pedagogisera" information, göra den lättillgänglig, är en del i enhetens totala arbete.

Även om uppdragsformuleringen medger detta, så har det skett en förskjutning i uppdraget. EAF tar i högre grad på sig att vara informationsnav i frågor som rör hälso- och sjukvårdens kontakter med asylsökande. Detta bekräftas av verksamhetsberättelsen för år 2008. Enhetens medarbetare ger också råd och tips och förmedlar kontakter till tjänstemän på Socialstyrelsen, SKL och Migrationsverket.

Enhetens organisationsform och organisatoriska placering

Ständig utveckling är ett vanligt kännetecken på verksamheter under uppbyggnad när de drivs i projektform. Vi kan konstatera att projektformen har varit till gagn för verksamheten under uppbyggnadsfasen. Detta har gett verksamheten nödvändig flexibilitet.

EAF finns som en permanent enhet inom Hälso- och sjukvårdavdelningens kansli-enhet. Dess tjänstemän finns på Regionens hus i Skövde. Både statistik från hälsoundersökningar och den ekonomiska redovisningen rapporteras dit. Förhållandet förklarar delvis den relativt fristående ställning som EAF de facto upplever och som speglas i det förtroende som EAF har hos sina överordnade. Detta innebär naturligt

nog färre informella kontakter, t.ex. diskussion om eventuella uppkommande problem som kan behöva hanteras. Att vara centralt placerad inom VGR utgör en fördel i främst två hänseenden; korta beslutsvägar och status.

Den korta beslutsvägen till VGR:s ledning har haft betydelse, t.ex. för rapportering av löpande resultat och ekonomisk uppföljning, där den månatliga redovisningen snabbt kunnat kommenteras. Karaktären på verksamheten som ett nav för samverkan inte bara gentemot Migrationsverket och kommunerna utan också andra involverade aktörer, t.ex. frivilligorganisationerna, gör att EAF förutsatt att man håller sig inom ramarna tillåts leva ett självständigt liv. Den lokalmässigt och funktionellt nära kopplingen till hivprevention i Västra Götaland och dess regionöverläkare är viktig för verksamhetens professionella status. Den centrala placeringen av EAF förefaller underlätta kontakter med kommuner, myndigheter och övriga aktörer. En svårighet är att finna verksamheten på webben. Hemsidan kan inte nås via sökord från VGR:s webbplats. Här finns en förbättringspotential vilket även inkluderar hemsidans innehåll.

Inom IT stöder EAF utvecklingen och införandet av datoriserade systemlösningar, mall för hälsoundersökningar i patientjournalssystemet Profdoc och rationalisering av arbetet med den löpande ekonomiska uppföljningen. Den uppmärksamhet som enhetens arbete fått nationellt kan till viss del ha möjliggjorts genom enhetens centrala placering i VGR.

Rutiner för hälsoundersökningar

Organiserandet av hälsoundersökningar ser olika ut i olika delar av Sverige. Inom VGR genomförs hälsoundersökningarna vid de lokala vårdcentralerna. Den organisatoriska lösningen är således mycket decentraliserad. Undantag gäller – i likhet med landet i övrigt – de ensamkommande barnen. Eftersom de hänvisas till anläggningsboende den första tiden görs hälsoundersökningarna vid dessa enheter. I de fall barnen placeras i familjehem, oftast hos släktingar, görs hälsoundersökningen vid barnmottagning eller lokal vårdcentral. Närheten till vårdcentral för de asylsökande är en klar fördel, men ställer krav på en fungerande administration vid vårdcentralen för att få detta att fungera. Det gäller både erbjudandet om hälsoundersökning samt rapporteringen av genomförda undersökningar och den ekonomiska uppföljningen.

EAF har rutiner som säkerställer att alla vårdcentraler tidigt får besked om vilka nyinflyttade asylsökande som bör erbjudas hälsoundersökning. Inflyttningsmeddelandena sorteras av EAF och sänds ut dagligen till vårdcentralerna inom regionen. För Göteborg har dessutom en genväg skapats direkt från Migrationsverkets mottagningsenhet i Kålleröd till särskilt utsedd tjänsteman vid enheten för vuxna flyktingar, som för informationen vidare. Observera den ändrade rutinen gällande ensamkommande barn som noterats ovan. Utöver dessa rutiner som underlag för snabba erbjudanden om hälsoundersökningar till asylsökande har informationsinsatser till berörda vårdcentraler gjorts under åren. Kontakterna upprätthålls löpande genom förfrågningar via telefon eller e-post, men också med skräddarsydda informationsmöten till specifika grupper efter behov.

Rutiner för återrapporteringen till EAF från vårdcentralerna av genomförda hälsoundersökningar fungerar tillfredsställande och sker i samband med att man fakturerar EAF.

Flera landsting har en centraliserad utformning med ett fåtal vårdenheter som genomför hälsoundersökningar för samtliga asylsökande. Andra landsting har valt en decentraliserad form, ibland beroende på det relativt ringa antalet asylsökande. Behovet av en sammanhållande funktion är dock uppenbart, men har utformats olika, såvitt vi kan bedöma beroende på respektive landstings uppmärksamhet på asyl- och flyktingfrågor. Den decentraliserade utformningen av hälsoundersökningar i VGR kräver en sammanhållande funktion likt EAF.

Asylsökandes boende och vistelseort

De asylsökande söker i allt större utsträckning eget boende under sin asyltid istället för att vistas på förläggning, vilket medför större svårigheter att hålla deras bostadsadress aktuell för att kunna erbjuda dem hälsoundersökning (Socialstyrelsen 2000). Detta gäller också uppgifter som behövs för att stämma av om andra vårdinsatser gjorts där uppföljning och ekonomisk redovisning behöver göras. Skillnaden mellan anläggningsboende och eget boende är att anläggningsboende underlättar den administrativa hanteringen av individuppgifter.

Det mest avgörande är av allt att döma den snabba handläggningen och vidarebefordrandet av inflyttningsmeddelandena som gör att informationen om vistelseort hålls närmast dagsaktuell. Detta sker genom att det finns en direktkontakt utarbetad mellan varje mottagningsenhet inom Västra Götaland och EAF, en direktkontakt som gör det möjligt att ständigt hålla vårdcentralerna uppdaterade om inflyttande asylsökande. De fördröjningar som kan uppkomma ligger oftast utanför enhetens kontroll och handlar om handläggningen vid vårdenheter där asylsökande är ovanligt förekommande eller i enstaka fall där vårdpersonal känner osäkerhet om genomförandet av en hälsoundersökning.

Informationsaspekten

Innehåll

En ledstjärna i detta arbete är att säkerställa att information kan hämtas och lämnas vidare utan tidsspillan. Insikten om att tidig och korrekt information har ett värde i sig finns vid EAF. Det är också anledningen till att EAF medverkat till att Migrationsverket övergår från skriftlig information till elektroniskt överförd information för månatliga avstämningar av inflyttade asylsökande. Resultatet blir minskad arbetsbörda för EAF samt en bättre kontroll och uppföljning av Migrationsverkets egen statistik över asylsökande och flyktingar i Sverige.

Inom EAF finns en daglig rutin att uppdatera sig via centrala myndigheters webbplatser om nyheter eller kommande tänkta förändringar. SOU-rapport 2009:19 "Aktiv väntan – asylsökande i Sverige" är exempel på förslag till förändringar i rutinerna

beträffande asylsökande. EAF har uppmärksammat rapporten och tänkt igenom dess konsekvenser.

Enhetens arbete handlar till största delen om att förmedla gällande regler och praktiska lösningar på de frågor som ständigt uppkommer kring hanteringen av asylsökande i vården. Det gäller både innehåll och form för hälsoundersökning med tillhörande hälsosamtal och regler för ekonomisk redovisning. Dessutom handlar det praktiskt om var och hur uppgifter skall registreras och hur vidareförmedlingen av dessa skall gå till.

Utvärderingen ger vid handen att den information som EAF i sin tur sprider är avstämd med andra aktörer, framför allt Migrationsverket och Smittskyddsenheten före slutlig utformning. Detta framgår bl.a. av att förändringar på webbplatsen sällan är föranledda av rättelser, utan istället av ändringar i gällande föreskrifter och förordningar.

Vidare söker EAF vara uppmärksam på "svarta fläckar", det vill säga där man upplever att ökade insatser behövs. Det kan t.ex. handla om att "täckningen" av hälsoundersökningar inom ett visst geografiskt område är svag eller frågor från personal som antyder bristande kunskap om ersättningsvillkor för kostnadskrävande vård. Ett sätt att försöka komma till rätta med detta har varit införandet av elektronisk rapportering, vilket uppmärksammats ovan.

Form

Den information EAF tillhandahåller för VGR:s samtliga 121 vårdcentraler, anpassas till den vårdcentral man har att göra med.

Genom ett utvecklat kontaktnät har EAF kontakt med olika samverkansaktörer. Till exempel inbjuds även frivilligorganisationer till arrangerade informationstillfällen. Det bör uppmärksammas att det runt familjen ofta finns ett starkt frivillignätverk.

EAF har ofta en roll som initiativtagare/värd för möten om samverkan mellan olika myndigheter. Ofta ges möjlighet för andra intresserade och engagerade att delta. Ett exempel är den temadag om hälsa med fokus på kris och trauma som VGR och Länsstyrelsen anordnade i september 2008. Ett annat är förra årets samling kring frågor om hälsoinformatörer och deras roll och funktion i förhållande till asylsökande. Andra exempel gäller enhetens kontakter med andra regioner och landsting, där EAF varit initiativtagare. Denna flexibilitet är viktig för att sprida korrekt information till flera aktörer samtidigt. Genom denna form för värdskap får EAF också återkoppling genom att diskussionen kan lyfta fram olika aspekter av enhetens verksamhet som annars inte skulle framkomma.

Relationeringsaspekten

Relationering är en term för byggandet av långsiktiga relationer mellan aktörer (Normann 1992). Termen använder vi för att synliggöra att detta arbete är en process som ständigt behöver pågå.

Kunskap och bemötande

EAF har under åren tillägnat sig kunskap om samverkan. Det handlar om en kunskap som levandegörs genom medarbetarnas engagemang.

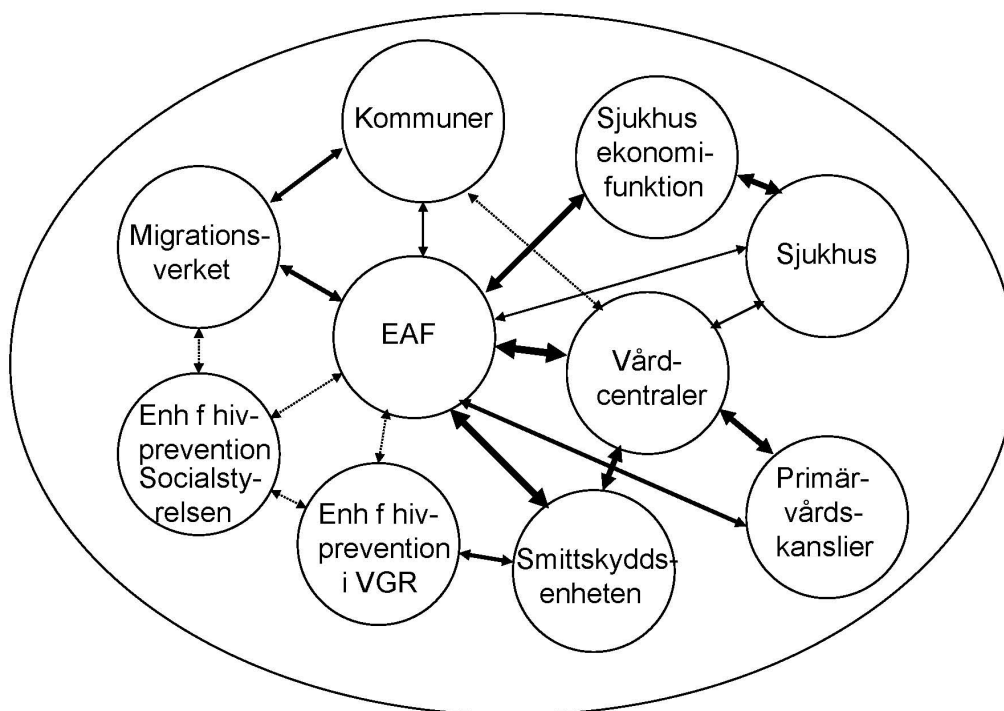
Sättet att fungera i kontakterna med andra aktörer innebär att först försöka bygga upp en personlig kontakt innan man börjar samverka. Detta gäller till exempel frivilligorganisationerna. Sättet att svara på frågor när olika aktörer hör av sig på telefon – man tar sig tid – är exempel på hur EAF vinnlägger sig om en seriös handläggning av uppkommande frågor.

Det är väsentligt att en enhet som EAF i sin samordnande funktion "äger sin uppgift" på ett sådant sätt att man inte blir ifrågasatt av någon part. Genom att kunskapen kompletteras med ett bemötande som grundar sig på en förmåga att styra samverkanssituationer – vinner man förtroende. Möten med för varandra delvis okända aktörer måste t.ex. förberedas mer ingående än om de inbjudna aktörerna är kända för varandra.

Det är också betydelsefullt hur det interna samarbetet fungerar mellan de båda medarbetarna på EAF. Var och en har sin specifika kunskap och erfarenhet, men båda behövs för att verksamheten som helhet skall fungera, oavsett om det handlar om vårdfrågor, ekonomiska frågor, utbildning eller utvecklingsarbete.

Viktiga samverkansaktörer

Nedan presenteras figur över viktiga samverkansaktörer och hur dessa relaterar till varandra. Pilarnas tjocklek markerar intensiteten i de olika kopplingarna. Ju kraftigare pil, desto intensivare interaktion.



Figur. Samverkansaktörer och intensiteten i deras kopplingar.

VGR:s samtliga vårdcentraler är de främsta mottagarna när det gäller information om hälsoundersökningar. Kontakterna upprätthålls med flertalet, antingen direkt med representanten från respektive vårdcentral eller, som läget är i Göteborg, via en kontaktperson som förmedlar kontakten vidare till respektive vårdcentral. Uppdatering av läget för vårdcentralernas kontaktpersoner sker löpande. Särskilt när VG primärvård etableras i ny regi är detta viktigt. Så har t.ex. EAF personligen träffat VD för det privata företag som startade vårdcentral i Källered med avtal om att även bedriva hälsoundersökningar av asylsökande barn.

Genom uppföljning av inflyttningsmeddelanden och genomförda hälsoundersökningar kan EAF följa förändringar i verksamheterna ute på vårdcentralerna. Enheten är uppmärksam på de "svarta fläckar" som uppkommer då och då på grund av att vårdcentraler inte haft tillräcklig bemanning för att genomföra hälsoundersökningar i tid. När detta inträffar medverkar man till att tillfälligt styra över erbjudande om hälsoundersökning till någon annan närliggande vårdcentral.

Vad gäller kontakten med sjukhus handlar det mest om frågor rörande kostnadskrävande vårdinsatser och regler för betryggande registrering av dessa, men även andra frågor som berör hälso- och sjukvård. Detta är viktigt för att möjliggöra och underlätta återsökning av medel från Migrationsverket. Fakturahanteringen har centraliserats, men det sedan länge uppbyggda kontaktnätet upprätthålls ändå för att stå till tjänst och svara på frågor som gäller angränsande problem. Ett exempel är att klargöra att det är hälso- och sjukvården som har ansvar för att bedöma behov och omfattning av insatser – inte Migrationsverket. Ett annat är att lyssna på vårdpersonalens frågor och funderingar om insatser för papperslösa patienter.

Smittskyddsverksamheten är en viktig samverkansaktör och tidigare täta kontakter under projektiden upprätthålls via många inofficiella möten i och med de gemensamma lokalerna med EAF. Möten förekommer också med Enheten för Hivprevention i Västra Götaland. Utöver detta finns nära kopplingar till Socialstyrelsens enhet för hiv-prevention som ansvarar för den nationella hiv/aids-strategin.

EAF:s kontakter med enheter för ensamkommande barn sker huvudsakligen med respektive föreståndare för aktuell enhet eller motsvarande. Antalet ensamkommande barn ökat under 2008. Det finns utrymme för kontakter med kommunala enheter inom skola och fritidsverksamhet samt ungdomsmottagning inom fler kommuner i VGR.

Myndigheter och organisationer

De kontakter som EAF haft med Socialstyrelsen och dess hälso- och sjukvårdsavdelning har framför allt gällt informationsutbyte.

När det gäller SKL har EAF varit engagerad och föredragande i vissa frågor. Ett exempel är att förhandlingar om ersättningsnivåer i avtalet mellan staten och landstingen för vård av asylsökande motiverats av uppföljning och redovisning som härrör från erfarenheter från VGR och som framförts av EAF.

Kontakterna med Migrationsverket har främst skett på lokal nivå, men enstaka ärenden har förts upp till handläggare på central nivå. Ett aktuellt fall är elektronisk överföring av uppgifter så att dessa kan sändas snabbare och säkrare.

Överföring av information från Migrationsverkets mottagningsenheter och filialer är väsentlig för att EAF ska kunna arbeta smidigt och effektivt. Ändringar i verkets arbetsordning och lokala organisationsplan har stor betydelse för enhetens funktion och arbetssätt. EAF har en förtroendefull samverkan med samtliga mottagningsenheter.

Enhetens kontakter med kommunerna är däremot av tillfällig karaktär. Gränsdragnings-frågor uppkommer och handlar mestadels om ekonomiska mellanhavanden. Ett exempel är återsökningen av ersättning från staten för kostnaden för personer med långvarigt vårdbehov. Enhetens uppgift blir ofta att diskutera tolkning av gällande regelverk. Det har underlättat att SKL alltmer fungerar som ett förbund för gemensamma intressen hos kommuner och regioner/landsting vilket gör att det har blivit enklare att tidigt i processen ventilerat förslag till förändringar i rutiner och regelverk.

Enhetens kontakter med frivilligorganisationer, fristående stiftelser och liknande är relativt omfattande. EAF utnyttjar ibland dessa gruppers engagemang men också kunskap i specifika frågor. Man försöker därigenom överbrygga motsättningar som kan uppkomma genom myndighetsutövning som ibland leder till att den enskilde kommer i kläm. Kontakten med samverkande frivilligorganisationer är av det slaget att också okonventionella samverkanslösningar är möjliga.

Ett nationellt intresse för enhetens arbetssätt har vidgat enhetens kontaktnät på nationell nivå.

Slutsatser

Utvecklingssituation

Efter sommaren 2008 blev en tredje tjänst vid EAF vakant. Ambitionerna hos de två kvarvarande medarbetarna är hög och viljan till förändringar är stor. Dock anses det strategiskt olämpligt att just nu utlysa tjänsten.

EAF arbetar fortfarande i många stycken som en projektorganisation som ännu inte låst sig i sina rutiner. En hög förändringstakt i omvärlden kräver att man kan finna nya lösningar på samverkan – och vid behov finna nya aktörer som är villiga att samverka för att vara med och lösa/hantera uppmärksammade problem. Exempel på detta är förändringar i regelverk beträffande kvotflyktingar, ensamkommande barn etc., organisatoriska förändringar hos samverkande myndigheter och nytt huvudmannaskap avseende vårdcentraler.

Under enhetens uppbyggnadsfas har bl.a. kontakvägar och rutiner byggts upp för ändamålsenlig ärendehantering. För EAF är det viktigt att vara lyhörd för att kunna förändra sina kontakvägar. Nya frivilligorganisationer med anknytning till asylsökande föds och behöver information.

Uppdraget

Efter hand som enhetens ursprungliga uppdrag att skapa ordning och reda vad gäller hälso- och sjukvårdens ansvar för asylsökande gentemot staten har genomförts finns en möjlighet, om man vill öka ambitionsnivån, att gå vidare och rikta in arbetet mot att underlätta en uppföljning av hälsoundersökningarna. EAF har redan tagit ett första steg i denna riktning genom att tillhandahålla en journalmall för hälsoundersökningar med hälsosamtal.

En möjlighet är att, t.ex. tillsammans med folkhälsokommitténs kansli inom VGR, rikta ansträngningarna mot det yttersta målet med verksamheten – att bidra till att förbättra hälsan hos de asylsökande.

Ansträngningar har inletts hos flera av enhetens samverkansaktörer. Det finns en poäng i att EAF är med i detta arbete och bidrar med sina kunskaper och erfarenheter kring administration av hälsoinsatser för asylsökande.

Den beskrivning av enhetens uppdrag som uppfattas gälla idag är den promemoria som låg till grund för att starta projektet 2004. Den referensgrupp på ledningsnivå som skisserades i direktiven för projektet kom aldrig till stånd. Diskussionen om inriktningen av enhetens uppdrag förs idag i huvudsak med tre tjänstemän vid kanslienheten på hälso- och sjukvårdsavdelningen i VGR och med tjänstemän inom smittskyddsorganisationen.

Det finns ett antal frågor som idag inte framgår av enhetens uppdragsbeskrivning men som ofta kommer upp i de verksamheter som utför hälsoundersökningarna. Rapporteras undersökningsresultaten till dem som kan behöva dessa resultat? Vad gäller med sekretessen? Hur hanterar man fynd av ohälsa som inte självklart betraktas som "vård som inte kan anstå"? Skall man ställa diagnos på sjukdomar som man sedan inte gör något åt?

Verksamhetens sårbarhet

EAF bygger idag på ett nära samarbete mellan två medarbetare med kompletterande kompetenser. Detta innebär av naturliga skäl en hög sårbarhet.

Svar på utvärderingsfrågorna

- *Efter vilken logik är arbetsprocessen uppbyggd?*
Arbetsprocessen följer en logik som innebär att EAF tidigt får information om adresser till nyinflyttade asylsökande och skickar dessa omgående till aktuell vårdcentral eller motsvarande.

- *Hur får EAF vårdcentraler och mottagningar intresserade och motiverade att avsätta tid för undersökningarna?*
Information ges om betydelsen av att de asylsökande hälsoundersöks samt att den undersökande enheten får betalt för sitt arbete.
- *Hur ser innehållet ut i en hälsoundersökning?*
Denna består av hälsosamtal, provtagning och vaccinationsplanering. I samtalet ingår information om hur hälso- och sjukvården fungerar.
- *Hur samspelar EAF med hälso- och sjukvården som har till uppgift att genomföra hälsoundersökningarna?*
För att få samspelet med hälso- och sjukvården att fungera har EAF ett i stora delar fungerande kontaktnät med varje vårdenhet.
- *Vilken typ av utbildning bedriver EAF för hälso- och sjukvården och hur vägleds man i sitt utbildningsutbud?*
Utbildning sker både beträffande innehåll och genomförande av hälsoundersökningar samt i ekonomiska frågor om vård för asylsökande. I sitt utbud vägleds man av gällande regelverk samt nationella strategier som t.ex. strategin för hiv-prevention.
- *Hur följs hälsoundersökningarna upp? Finns det t.ex. någon rutin för hur hälso- och sjukvården för vidare information från hälsoundersökningarna på ett ändamålsenligt sätt?*
EAF följer upp hälsoundersökningarna genom vårdcentralernas återrapportering till EAF. Rapporterna sammanställs och förs vidare till hälso- och sjukvårdsavdelningens kansli. Någon bedömning av det medicinska innehållet och kvaliteten i genomförda hälsoundersökningar görs inte. Det saknas rutin för hur hälso- och sjukvården för vidare information från hälsoundersökningarna. Med detta avses hur denna information förs vidare i vården till andra vårdgivare eftersom gruppen är rörlig och ofta byter vårdgivare.
- *Vilken slags kompetens behöver samspela vid EAF för att få verksamheten att fungera?*
EAF har sjukvårdskompetens, ekonomisk- och administrativ kompetens.
- *Hur ser samspelet ut mellan EAF och Migrationsverket?*
EAF har direktkontakt med Migrationsverkets mottagningsenheter för att få dagsfärs kunskap om nyinflyttade asylsökande. EAF stämmer av antalet befintliga asylsökande i Västra Götaland varje kvartal med Migrationsverket centralt.
- *Hur samspelar EAF med kommunerna?*
Kontakten med kommunerna är svagt utvecklad och handlar om att identifiera asyl-sökande med långvariga vårdbehov.
- *Hur sköts informationen till berörda verksamheter?*
Den huvudsakliga informationen sker via mail och gruppmail och utbildningsinsatser.

Sammanfattning

Enhetens framgångsformel är att man mixat tre kompetenser: sjukvårdskompetens, ekonomisk- och administrativ kompetens. Dessa tre kompetenser besitter enhetens båda medarbetare – en sjuksköterska och en ekonom. Medarbetarna har korta beslutsvägar genom sin centrala placering, har hälso- och sjukvårdsledningens förtroende och ges därmed möjlighet att arbeta självständigt. Enhetens resultat är mätbart och EAF fungerar idag som ett förtroendeingivande kunskapsnav för frågor om asylsökandes hälso- och sjukvård.

Strategiska frågeställningar

Utvärderingen avslutas med att tre strategiska frågeställningar som NCHSA menar att hälso- och sjukvårdsavdelningens ledning bör uppmärksamma.

1. Hur bidrar hälso- och sjukvårdsledningen till att ge EAF fortsatt legitimitet?
2. Hur omprövas uppdraget till EAF? Fokus på vårdens innehåll och kvalitet?
3. Hur säkerställer EAF att verksamheten fungerar om fem år?

Bilagor

Bilaga 1. Individuella intervjuer

Elisabeth Allemark	Mottagningsenheten Kållerød, Migrationsverket (Göteborg)
Carla Aychouh*	Södra Ryds vårdcentral, VGR
Christina Dahlbring	Enheten för vuxna flyktingar, Göteborgs Stad (2 tillfällen)
Ann Eriksgren	Enheten för Asyl- och flyktingfrågor, VGR (2 tillfällen)
Boye Hallberg*	Mottagningsenheten Högsby, Migrationsverket (Kalmar län)
Sirpa Hindebo	Enheten för Asyl- och flyktingfrågor, VGR (2 tillfällen)
Kerstin Isaksson	Primärvården Göteborg
Gunilla Jonsson	Kållerøds vårdcentral, VGR
Robert Jonzon*	Socialstyrelsen (Stockholm)
Håkan Karlsson	Kanslienheten, Hälso- och sjukvårdsavdelningen, VGR
Hasse Knutsson	Sveriges Kommuner och Landsting (Stockholm)
Susanne Lennmyr-Bick*	Gråbo vårdcentral, VGR
Clas Lind*	Verksamhetsområde mottagning, Staben, Migrationsverket
Maud Paulin	Mottagningsenheten Kållerød, Migrationsverket (Göteborg)
Elisabeth Scott*	Lerums vårdcentral, VGR
Pia Skarin	Stockholms läns landsting (Stockholm)
Stig Wintzer	Sveriges Kommuner och Landsting (Stockholm)
Lena Öberg	Primärvården Göteborg

* telefonintervju

Bilaga 2. Styrgrupp för uppdraget

Henry Ascher	Universitetslektor, docent, NHV
Lars Edgren	Adjungerad Professor, Centrumchef NCHSA (sammankallande)
Anders Hjern	Adjungerad Professor, NHV

Bilaga 3. Temaguide för individuella intervjuer

Introduktion
Samarbete med EAF
Uppfattning om EAF
Specifikt för hälsoundersökningar
Specifikt för ekonomiska frågor
Framtid/Trådar att dra i
Avrundning

Refererad litteratur

Axelsson R, Bihari Axelsson S. (2007) Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer (Red.) Lund: Studentlitteratur.

Denzin N.K. (1988) *The Research Act: a theoretical introduction to sociological methods*, 3rd edn. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Edgren L. (1998) Co-production – an approach to cardiac rehabilitation from a service management perspective. *Journal of Nursing Management* 6, 77–85.

Edgren L, Stenberg G. (2006) *Närsjukvårdens ansikten*. Lund: Studentlitteratur.

Edgren L. (2006) Kunskapssammanställning över komplexa system med fokus på vård- och om-sorgsverksamhet. I: *Lyckas med samverkan – kommun, landsting och region. 20 projekt inom närvård och psykiatri i utvecklande nätverk*. Trygghetsfonden. Stockholm: Trygghetsfonden för kommuner och landsting.

Edgren L. (2008) The meaning of integrated care: a systems approach. *International Journal of Integrated Care*. Vol. 8, 23 October 2008. www.ijic.org/

Glaser B, Strauss A. (1967) *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine.

Gustafsson J. (2007) Ledarskap i interorganisatoriska nätverk för folkhälsa och välfärd. I: I Axelsson R & Bihari Axelsson S (Red.) *Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*. Lund: Studentlitteratur.

Lantz A. (1993) *Intervjumetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Levin B, Normann R. (2000) *Vårdens chans. En modell för morgondagens vård och äldreomsorg*. Stockholm: Ekerlids förlag.

Lindencrona F. (2008) *Strategies for a health promoting Introduction for newly-arrived refugees and other immigrants*. Thesis for doctoral degree. Stockholm: Karolinska Institutet.

Lundin R.A, Söderholm A. (1995) Bland änglar och demoner – om utvärderarroller. I Rombach B & Sahlin-Andersson K (Red.) *Från sanningssökande till styrmedel. Moderna utvärderingar i offentlig sektor*. Stockholm: Santérus Förlag.

Normann R. (1991) *Service management. Strategy and Leadership i Service Business* (2nd ed.) Chichester: Wiley.

Normann R. (1992) *Service management. Ledning och strategi i tjänsteproduktionen* (2nd ed.) Malmö: Liber Förlag.

Normann R, Arvidsson N. (2006) *People as Care Catalysts. From Being Patient to Becoming Healthy* (ed.) Chichester: Wiley.

Palo L. (2007) *Utvärdering. Enheten för asyl- och flyktingfrågor. Hälso- och sjukvårdsavdelningen. Analysenheten. Västra Götalandsregionen. Intern rapport*.

Robson C. (1993) *Real World Research. A Resource for Social Scientists and Practitioners-Researchers*. Oxford, UK: Blackwell.

Rossi PH, Freeman, HE, Lipsey MW. (1999) Evaluation: A systematic approach (6th ed.) Thousand Oaks, CA: Sage.

Sandberg B, Faugert S. (2007) Perspektiv på utvärdering. Lund: Studentlitteratur.

Sandström U, Stålsby Lundborg C, Axelsson R, Holmström I. (2007) Variation in views on clients in interprofessional work for vocational rehabilitation in Sweden. *Journal of Interprofessional Care*, 21(5): 479–489.

Sjöstrand, S-E. (1985) Samhällsorganisation. Lund: Doxa Ekonomi.

Socialstyrelsen. (1995) Socialstyrelsens allmänna råd 1995:4, Hälso- och sjukvård för asylsökande och flyktingar.

Socialstyrelsen. (2000) Medicinskt omhändertagande av asylsökande barn i hälso- och sjukvården. Lindberg T, Hjern A. Nedladdad från www.socialstyrelsen.se 20090514.

SOU 2009:19 Asylmottagningsutredningen: Aktiv väntan – asylsökande i Sverige. Nedladdad från www.regeringen.se 20090406.

Springett J. (2001) Appropriate approaches to the evaluation of health promotion. *Critical Public Health*, 11: 139-151.

Stenberg R. (1999) Organisationslogik i samverkan. Konsten att organisera samverkan i en imaginär organisation av offentliga aktörer. Doktorsavhandling. Psykologiska institutionen. Stockholm: Stockholms universitet.

Sveriges Kommuner och Landsting. (2008) Sjukvård åt asylsökande, omfattning och kostnader år 2008. Nedladdad från www.skl.se 20090406.

Wihlman U. (2009) Development of Interorganizational Integration – A Vocational Rehabilitation Project. Doctoral thesis. Göteborg: Nordic School of Public Health.

Åhgren B. (2007) Creating Integrated Care. Doctoral thesis. Göteborg: Nordic School of Public Health.

Besökta webbplatser

VGR www.vgregion.se

Migrationsverket www.migrationsverket.se

Socialstyrelsen www.socialstyrelsen.se

Sveriges Kommuner och Landsting www.skl.se

