



EUROPEISKA UNIONEN
Europeiska socialfonden



Försäkringskassan



Arbetsförmedlingen

Nyanländas rehabiliteringsbehov

**Arbetsätt och verktyg
för att identifiera behov och förslag till
utvecklingsområden**

Sammanfattning

Nyanlända personer som omfattas av lagen (2010:197) om etableringsinsatser för vissa nyanlända invandrare har rätt till en etableringsplan. Planen ska vara individuellt anpassad och ska omfatta aktiviteter på heltid, undantag gäller vid föräldraledighet och sjukdom. Det finns incitament för personer som deltar i etableringen att inte vara öppna med sina hälsoproblem eftersom en plan på deltid innebär att etableringsersättningen sänks i motsvarande grad vilket gör det svårare att klara försörjningen.

Försäkringskassan har ansvaret att utreda rehabiliteringsbehovet vid sjukdom som medför nedsatt arbetsförmåga. Idag får Försäkringskassan ingen kännedom om en persons frånvaro i etableringsinsatser beror på sjukdom, varför myndigheterna behöver utveckla arbetssätt och verktyg för att tidigt upptäcka och identifiera behov av samordnade rehabiliteringsinsatser.

Förstudien har med denna bakgrund haft två syften:

1. Att undersöka verktyg och arbetssätt som ska underlätta upptäckten av ohälsa bland nyanlända i ett tidigt skede i etableringsprocessen.
2. Att, när ohälsa är identifierad, vidta lämpliga åtgärder för att möjliggöra för berörda personer att få fotfäste på arbetsmarknaden i enlighet med lagen om etableringsinsatser.

Förstudien har undersökt hur ohälsa kan identifieras i ett tidigt skede av etableringstiden genom att den gemensamma processen mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan har kartlagts. Två piloter har genomförts, i Halmstad och i Örnsköldsvik. Förstudien har även kartlagt existerande screeningverktyg för att upptäcka ohälsa och identifierat behov av nya. För att få de nyanländas syn på och upplevelser av hälsa/ohälsa samt hälsorelaterade hinder till deltagande i etableringsaktiviteter har förstudien genomfört fokusgruppsdiskussioner. Förstudien har också identifierat projekt i samma område och tagit tillvara erfarenheter därifrån samt tagit kontakt med Tyskland när det gäller transnationellt samarbete. Utöver dessa delmål har en handlingsplan för horisontella principer tagits fram för att säkra att perspektiven jämställdhet, icke-diskriminering och likabehandling finns närvarande i samtliga av förstudiens olika moment.

Resultatet av piloternas kartläggning pekar på att det finns behov av ett systematiskt arbetssätt för att identifiera rehabiliteringsbehoven hos nyanlända. Kartläggningen har också visat på behov av en strukturell samverkan mellan Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, kommuner och hälso- och sjukvården. En viktig slutsats av arbetet är att utveckla de lokala överenskommelserna kring samordnad rehabilitering.

Resultatet av förstudien visar genom fokusgruppsdiskussioner med nyanlända att hälsa påverkas av många faktorer, som är viktiga att ta hänsyn till i förbättringsarbetet. Bland annat familjesprittning, dålig ekonomi och språksvårigheter är förekommande faktorer som bidrar till stress och ohälsa bland deltagarna. De faktorer som identifierats som hälsofrämjande är tryggheten i det nya landet, arbete, familjeåterförening och att behärska språket.

Förstudien lyfter fram det stora behovet av samverkan kring nyanlända i etableringen och lämnar flera förslag på utvecklingsområden som är möjliga att genomföra, antingen inom myndigheternas ordinarie utvecklingsarbete kring en samordnad rehabilitering eller som en eller flera piloter i ett genomförandeprojekt. Förstudien ser samordningsförbunden som en samverkansplattform och viktiga aktörer i det fortsatta utvecklingsarbetet.

Innehåll

Sammanfattning.....	2
1. Inledning.....	1
1.1 Bakgrund till förstudien.....	1
1.2 Förstudiens syfte och avgränsning.....	1
1.3 Förstudiens delmål.....	1
1.4 Definition av begrepp.....	2
1.5 Disposition.....	3
2. Etableringsuppdraget.....	5
2.1 Arbetsförmedlingens roll.....	5
2.2 Försäkringskassans roll.....	6
3. Förstudiens tillvägagångssätt.....	7
3.1 Förberedelsefas.....	7
3.2 Genomförandefasen.....	7
3.3 Slutfasen.....	9
3.4 Hur har de horisontella principerna beaktats i förstudien?.....	9
4. Omvärldsanalys.....	11
4.1 Erfarenheter från identifierade liknande projekt.....	11
4.2 Det transnationella arbetet.....	11
5. Rehabiliteringsprocessen.....	13
5.1 Samordningsansvar.....	13
5.2 Arbetslivsinriktad rehabilitering.....	13
5.2.1 Arbetsförmedlingens specialister.....	14
5.3 Regleringsbrevsuppdrag 2016: Förstärkt stöd för personer som är sjukskrivna och för unga med aktivitetsersättning.....	15
5.4 Gemensam kartläggning.....	15
5.4.1 Hälso- och sjukvårdens roll.....	16
5.5 Samverkan kring personer som saknar sjukpenninggrundande inkomst och har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom.....	17
6. Screeningsverktyg som används av specialistfunktionerna inom etableringsuppdraget.....	18
6.1 Psykolog.....	18
6.2 Socialkonsulent.....	19
6.3 Arbetsterapeut/sjukgymnast.....	19
6.4 Syn- och hörselspecialister.....	20
7. Pilotstudierna i Halmstad och Örnsköldsvik.....	22
7.1 Pilotkontorens uppdrag.....	22
7.2 Örnsköldsvik.....	22

7.2.1 Nuläge och aktuella arbetsprocesser i etableringen	22
7.2.2 Identifierade samarbetsforum	24
7.2.3 Örnsköldsviks modell	25
7.2.4 Slutsatser från piloten i Örnsköldsvik	27
7.3 Halmstad	29
7.3.1 Nuläge och aktuella arbetsprocesser i etableringen	30
7.3.2 Test av modell och slutsatser från piloten i Halmstad	31
8. Fokusgruppsdiskussioner	36
8.1 Metod och design	36
8.1.2 Fokusgruppsintervjuer	36
8.1.3 Deltagare	36
8.1.4 Datainsamling	36
8.1.5 Analys	37
8.2 Resultat	38
8.2.1 Hälsa	38
8.2.2 Sjukdomar	38
8.2.3 Tillgång till information om hälsa och hälso- och sjukvården	39
8.2.4 Levnadsvanor före och efter ankomsten till Sverige	39
8.2.5 Bemötande av centrala institutioner	40
8.2.6 Jämställdhet	41
8.3 Slutsatser och diskussion	42
9. Sammanfattande diskussion	43
10. Förslag till utvecklingsområden – Med utgångspunkt i resultaten, vad behöver göras i en genomförandefas? ..	46
Bilageförteckning	48

1. Inledning

1.1 Bakgrund till förstudien

Nyanlända personer som omfattas av lagen (2010:197) om etableringsinsatser för vissa nyanlända invandrare har rätt till en etableringsplan. Arbetsförmedlingen bedömer rätten till etableringsplan och upprättar tillsammans med personen planen. Planen ska vara individuellt anpassad och ska omfatta aktiviteter på heltid, undantag gäller vid föräldraledighet och sjukdom.

En utmaning är att i stort sett alla nyanlända inom etableringen har en etableringsplan på 100 procent. Det finns incitament för personer som deltar i etableringen att inte vara öppna med sina hälsoproblem eftersom en plan på deltid innebär att etableringsersättningen sänks i motsvarande grad vilket gör det svårare att klara försörjningen.

Försäkringskassan har ansvaret att utreda rehabiliteringsbehovet vid sjukdom som medför nedsatt arbetsförmåga men idag får Försäkringskassan ingen kännedom om en persons frånvaro i etableringsinsatser beror på sjukdom. Jämställdhetsaspekten i att tidigt identifiera ohälsa är central eftersom det finns könsskillnader i etableringens olika delar som behöver utjämnas.

Oupptäckt ohälsa skapar inte bara lidande för individen utan medför en risk för en fördröjd etableringsprocess och ett senare ökat inflöde till socialförsäkringen.

Myndigheterna behöver därmed utveckla arbetssätt och verktyg för att tidigt upptäcka och identifiera behov av samordnade rehabiliteringsinsatser.

1.2 Förstudiens syfte och avgränsning

Förstudien har haft två syften:

3. Att undersöka verktyg och arbetssätt som ska underlätta upptäckten av ohälsa bland nyanlända i ett tidigt skede i etableringsprocessen.
4. Att, när ohälsa är identifierad, vidta lämpliga åtgärder för att möjliggöra för berörda personer att få fotfäste på arbetsmarknaden i enlighet med lagen om etableringsinsatser.

Inom ramen för förstudien har det bedrivits arbete på två pilotorter, Örnköldsvik och Halmstad. Dessa båda orter har olika förutsättningar men ett kriterium för att kunna delta i förstudien var att det fanns en uttalad vilja från både Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan att delta i studien. För att möta syftet med förstudien bedöms två orter vara fullt tillräckligt.

Förstudien har avgränsat sig till att ha fokusgruppsintervjuer med nyanlända som har fyllt 20 och inte 65 år och som har beviljats ett uppehållstillstånd och som omfattas av lagen (2010:197) om etableringsinsatser för vissa nyanlända invandrare.

1.3 Förstudiens delmål

Förstudiens övergripande mål är att inhämta kunskap, erfarenheter och lärdomar om hur nyanländas ohälsa kan identifieras, synliggöras och förbättras under etableringsprocessen.

Inom ramen för förstudien har ett antal delmål används som struktur. Dessa har varit:

1. Kartlägga den gemensamma processen mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan samt undersöka hur ohälsa kan identifieras i ett tidigt skede av etableringstiden.
2. Kartlägga existerande screeningverktyg och identifiera om det finns behov av nya.
3. Identifiera projekt i samma område och ta tillvara erfarenheter därifrån.
4. Undersöka nyanländas syn på och upplevelser av hälsa/ohälsa samt hälsorelaterade hinder till deltagande i etableringsaktiviteter.
5. Undersöka möjligheten att involvera aktörer i ett eventuellt genomförande.
6. Ta kontakt med relevanta aktörer när det gäller transnationellt samarbete, framförallt Tyskland.

Utöver dessa delmål har en handlingsplan för horisontella principer tagits fram för att säkra att perspektiven jämställdhet, icke-diskriminering och likabehandling finns närvarande i samtliga av förstudiens olika moment.

1.4 Definition av begrepp

Nedan följer ett par centrala begrepp som är viktiga för att förstå förstudiens innehåll och resultat.

Funktionsnedsättning

Funktionsnedsättning definieras som nedsättning av en fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga. En funktionsnedsättning kan uppstå till följd av sjukdom eller annat tillstånd, eller till följd av en medfödd eller förvärvad skada. Sådana sjukdomar, tillstånd eller skador kan vara av bestående eller av övergående natur. (Folkhälsomyndigheten)

Funktionshinder

Funktionshinder definieras som den begränsning som en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till omgivningen.

Exempel på begränsningar kan vara svårigheter att klara sig själv i det dagliga livet och bristande delaktighet i arbetslivet, sociala relationer, fritids- och kulturaktiviteter, utbildning samt demokratiska processer. Det handlar framför allt om bristande tillgänglighet i och anpassning av omgivningen. (Statens folkhälsoinstitut, 2008)

Hälsa/ohälsa

I förstudien definieras ”hälsa” som individens förmåga att uppnå sina vitala mål (givet acceptabla omständigheter). Enligt Lennart Nordenfelt är ett vitalt mål ett tillstånd som är en nödvändig förutsättning för individens långsiktigt minimala lycka. En acceptabel omständighet är en situation där vi förväntar oss att individen ska klara av att handla.^{1 2}

Det finns en mängd studier som har visat att arbete har positiv inverkan på individens hälsa. Arbetet ger inte bara inkomst utan även sociala kontakter och ger en känsla av tillhörighet som är positiv för individens hälsoutveckling.³

¹ Nordenfelt Lennart (2004) *Livskvalitet och Hälsa – Teori och Kritik*, Institutionen för hälsa och Samhälle, Linköpings universitet. Linköping

² Nordenfelt Lennart & Liss Per- Erik (2003) *Dimensions of Health and Health Promotion*, Rodopi, Amsterdam.

³ Vilhelmsson A.; Östergren P-O; Cuadra B.C (2015) *Hälsa i Centrum för etableringsprocessen – Bedömning av arbets- och prestationsförmåga inom etableringen av nyanlända*. Malmö högskola. Malmö.

Med ohälsa menas sjukdomar, defekter och skador.

Arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder

Arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder är åtgärder som behövs för att den som har nedsatt arbetsförmåga ska kunna arbeta igen. Syftet med åtgärderna är att förkorta sjukskrivningstiden eller att häva nedsättningen av arbetsförmågan. Åtgärderna kan omfatta en rad insatser såsom anpassade hjälpmedel, utbildningar och arbetsträning.

Prestationsförmåga

Begreppet prestationsförmåga⁴ omnämns i sammanhang där myndigheterna ska bedöma rätten till en förmån (etablerings-/aktivitetsersättning) om sjukdom eller någon annan nedsättning av den psykiska eller fysiska prestationsförmågan begränsar individen att delta i aktivitet/arbete på heltid. Samverkande myndigheter har i en gemensam viljeinriktning⁵ tolkat prestationsförmåga som en persons fysiska och psykiska förmåga att genomföra aktiviteter som ingår i en etableringsplan. De fysiska och psykiska kraven i en aktivitet bedöms vara lägre och/eller annorlunda ställda än kraven i ett lönearbete.

Arbetsförmåga

Arbetsförmåga beskrivs i relation till en specifik situation, när en individ är i en given specifik miljö och utför en specifik uppgift. När den arbetssökandes förutsättningar att arbeta eller delta i aktiviteter är okända använder Arbetsförmedlingen begreppet ”att klargöra arbetsförutsättningar”. För den som är arbetslös ska Försäkringskassan bedöma arbetsförmågan mot sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden.

Gemensam kartläggning

Gemensam kartläggning genomförs i samverkan mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan tillsammans med individen och vid behov med andra aktörer. Det är ett arbetssätt som syftar till att identifiera individens förutsättningar och behov av insatser utifrån ett medicinskt och arbetslivsinriktat perspektiv.

1.5 Disposition

Rapporten har följande disposition: För att sätta frågan om nyanländas rehabiliteringsbehov i ett sammanhang förklaras etableringsuppdraget och hur Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen arbetar med de nyanlända i kapitel 2.

I kapitel 3 beskrivs det tillvägagångssätt som förstudien har haft för att kunna uppfylla syftet och de uppsatta delmålen. Bland annat tar vi upp de tre faserna som har funnits i förstudien. På vilket sätt de horisontella principerna har beaktats i förstudien beskrivs också närmare i kapitel 3.

Kapitel 4 inleder förstudiens resultat genom att en omvärldsanalys där en genomgång av andra projekt och en redogörelse av de transnationella kontakterna görs (delmål 3 och delmål 6).

Dagens gemensamma process mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan vad gäller ohälsa handlar mycket om det förstärkta samarbetet och gemensam kartläggning. I kapitel 5 beskrivs den

⁴ § 6 Lagen (2010:197) om etableringsinsatser för vissa nyanlända invandrare, Kap 33, § 5 SFB (2010:110).

⁵ Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Migrationsverket, samt Sveriges Kommuner och Landsting, Bedömningen av prestationsförmåga hos vissa nyanlända invandrare, Dnr: Af-2013/035209 likställt



Försäkringskassan



Arbetsförmedlingen

processen lite närmare utifrån ett nationellt perspektiv, samt hur de båda myndigheterna involveras i rehabiliteringsprocessen (delmål 1).

Under förstudien har existerande screeningverktyg kartlagts och behovet av nya har identifierats, vilket redogörs i kapitel 6 (delmål 2).

Pilotstudien som genomfördes i Halmstad och Örnsköldsvik är en viktig del i denna förstudie och resultatet presenteras i kapitel 7 (delmål 1).

Under projektets gång har fokusgruppsdiskussioner med nyanlända förts. Resultat från fokusgruppsdiskussionerna presenteras i kapitel 8 (delmål 4).

I kapitel 9 förs sedan En sammanfattande diskussion om det som förstudien har kommit fram till förs i kapitel 9, vilket resulterar i en rad olika förslag på utvecklingsområden. Dessa förslag på utvecklingsområden presenteras i det avslutande kapitel 10.

2. Etableringsuppdraget

Här nedan beskrivs Arbetsförmedlingen respektive Försäkringskassans roll inom etableringsuppdraget.

2.1 Arbetsförmedlingens roll

Den 1 december 2010 trädde etableringsreformen i kraft. Syftet med reformen var att ge nyanlända personer förutsättningar för egenförsörjning och att stärka deras aktiva deltagande i arbets- och samhällslivet. Ersättningarna etableringsersättning, bostadsersättning och etableringstillägg tillkom med avsikten att flytta över ansvaret för att försörja nyanlända från kommunerna till staten och att säkerställa att alla får samma förutsättningar oavsett var i landet man bosätter sig.

Arbetsförmedlingen har det samordnande ansvaret men flera aktörer samverkar för att skapa en sammanhållen etableringsprocess. Det finns en samverkansdelegation som behandlar frågor av nationell och strategisk karaktär som rör mottagande och etablering av nyanlända. Delegationen leds av Arbetsförmedlingen och består av representanter från Försäkringskassan, Migrationsverket, länsstyrelserna och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Under 2016 prioriterar myndigheterna och SKL frågor inom boende och bosättning, utredning och regelverk, mottagande av ensamkommande barn, tidiga insatser till asylsökande, lokal och regional samverkan samt hälsa. Förutom myndigheterna så har det civila samhället en viktig roll i etableringen.

Genom lagen (2010:197) om etableringsinsatser för vissa nyanlända invandrare ansvar Arbetsförmedlingen för att samordna etableringsinsatserna. Målgruppen är vuxna (20 till 65 år) som har fått uppehållstillstånd som flyktingar, skyddsbehövande med flera samt anhöriga till dessa.⁶

När en person har fått beslut om uppehållstillstånd ska Arbetsförmedlingen skyndsamt genomföra etableringssamtal i syfte att kartlägga personens utbildning, arbetslivserfarenhet och förutsättningar. Etableringssamtalet ska även omfatta underlag för ett framtida boende i en kommun. För de som redan bor i en kommun är etableringssamtalen underlag för att upprätta en etableringsplan.⁷

Etableringsplanen ska minst innehålla svenska för invandrare (sfi), samhällsorientering och aktiviteter för att underlätta och påskynda den nyanländas etablering i arbetslivet. Aktiviteterna i planen ska i normalfallet motsvara aktiviteter på heltid. Om sjukdom eller funktionsnedsättning begränsar förmågan kan etableringsplanen vara på 75, 50 eller 25 procent av heltid.

I maj 2016 hade 51 135 personer en pågående etableringsplan. Av dem hade 174 personer en plan på deltid, 92 personer deltog på deltid på grund av sjukdom och 82 personer på grund av föräldraledighet.⁸

Personer som på grund av sjukdom eller någon annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan inte kan delta i etableringsinsatser på minst 25 procent av heltid omfattas inte av lagen.⁹ Under 2015 fick 254 personer avslag av denna anledning.

⁶ Även unga från 18 år som saknar föräldrar i Sverige omfattas.2§Lagen (2010:197) om etableringsinsatser för vissa invandrare.

⁷ Från och med den 1 januari 2017 övertar Migrationsverket hela ansvaret för bosättning

⁸ Arbetsförmedlingens statistik och analys maj 2016,

⁹ 6.3 § Lagen (2010:197) om etableringsinsatser för vissa invandrare.

Personer får ersättning från Försäkringskassan för den tid de deltar i etableringsplanens aktiviteter. Vid sjukdom eller någon annan frånvaro som överstiger 30 dagar upphör ersättningen. Personer blir då hänvisade att ansöka om försörjningsstöd hos kommunen. Av de 51 135 personer som i maj hade en pågående etableringsplan hade 4 104 personer en frånvaro som översteg 30 dagar i följd. För majoriteteten (3 397) var orsaken föräldraledighet. I 244 fall var orsaken till frånvaro sjukdom och för 463 personer berodde den på en annan orsak (avvikit, resa). Långtidsfrånvaro är således mycket låg och beror i de allra flesta fall på föräldraledighet som främst nyttjas av kvinnor.

Under 2015 hade 36 016 män och 25 930 kvinnor någon sjukfrånvaro (oavsett längd på frånvaron). Av dem hade 2 049 män (5,7 %) och 1 435 kvinnor (5,5 %) minst sex sjuktillfällen under året.

Andelen personer som har en identifierad funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga är två procent av alla som har en etableringsplan. Eftersom en del av Arbetsförmedlingens insatser specifikt är avsedda för att underlätta en anställning för personer med funktionsnedsättning är det angeläget att dessa insatser även kommer personerna inom etableringen till del.

2.2 Försäkringskassans roll

Det är Arbetsförmedlingen som beviljar etableringsersättning och Försäkringskassan betalar ut ersättningen. Den som har barn kan ansöka om etableringstillägg och den som bor ensam utan barn kan ansöka om bostadsersättning. Försäkringskassan beslutar om rätten till tilläggsförmånerna och betalar ut dem¹⁰.

Etableringsersättningen betalas ut i efterskott för kalendermånad. (3 kap. 6 § EF). När en kalendermånad är slut skickar Arbetsförmedlingen ett utbetalningsuppdrag till Försäkringskassan. Av uppdraget framgår vilket belopp som ska betalas ut och Försäkringskassan verkställer utbetalningen. Försäkringskassan får också de uppgifter de behöver för att betala ut ersättningen. Dessa uppgifter är

- vilken person det gäller
- under vilken tid
- i vilken omfattning etableringsplanen gäller. (3 kap. 12 § EF)

För att nyanlända ska känna trygghet och veta vad som händer i deras ärende betalas etableringsersättningen ut 4-9 dagar efter det att Försäkringskassan fått uppgifter från Arbetsförmedlingen. Alla utbetalningar sker onsdag och fredag. Alla sökande får beslut om och utbetalning för tilläggsförmånerna inom 30 dagar från det att de lämnat fullständigt underlag till Försäkringskassan.

¹⁰ Försäkringskassan betalar etableringsersättning och även beviljar och betalar ut etableringstillägg och bostadsersättning som tilläggsförmåner till etableringsersättning för nyanlända med hemmavarande barn respektive som bor ensamma i egen bostad

3. Förstudiens tillvägagångsätt

Förstudien genomfördes i tre faser: förberedelsefasen, genomförandefasen och slutfasen. Nedan följer en beskrivning vad varje fas har innehållit.

3.1 Förberedelsefas

I första fasen utfördes förberedelsearbetet i fyra steg (november – december 2015):

Genomgång av ansökan och beslut

En genomgång av projektets ansökan gjordes. Det har inneburit att ta fram ramar och vägledning till arbetet samt att sätta avgränsningar inför genomförandet av förstudien. Syftet var att skapa en samsyn i projektet över vad som ligger inom förstudiens uppdrag att leverera.

Bemanning av projektet/styrgruppen

Projektet har haft medarbetare från Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan, lokalt i Halmstad och Örnsköldsvik och på nationell nivå.

En styrgrupp bestående av representanter från Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Migrationsverket, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Länsstyrelser bildades. Styrgruppens uppgift har bland annat varit att styra, stödja och förankra projektet. Styrgruppen sammanträdde en gång i månaden.

En referensgrupp bestående av experter i olika områden såsom jämställdhet, folkhälsa, arbetslivs och migration var knutna till förstudien. Syftet med referensgruppen var att ledamöterna skulle lämna synpunkter på arbetet, vilket gav stöd till förstudien.

Framtagning av projektplan med utgångspunkt i ansökan

En projektplan med utgångspunkt i ansökan upprättades i november 2015. Projektplanen innehöll en beskrivning av projektets upplägg, projektdeltagarnas roll, mål och delmål samt planerade aktiviteter. Projektplanen utgjorde ett vägledningsverktyg under projektets gång. Den reviderades och uppdaterades i samråd med ESF Rådet när behov fanns.

Förankringsarbetet

Syftet med förankringsarbetet var att

- förtydliga förstudiens syfte, mål och delmål hos projektmedlemmarna
- uppnå samsyn inom projekt för att kunna åstadkomma förstudiens förväntade resultat
- förankra alla vägledningsverktyg och metoder som användes i arbetet.

Förankringsarbetet omfattade studiebesök och återträffar hos projektdeltagarna lokalt.

3.2 Genomförandefasen

Under förstudiens genomförandefas genomfördes följande övergripande aktiviteter (januari – juni 2016):

Uppstartsmötet

Syftet med uppstartsmötet var att samla projektgruppen för att diskutera förstudien mål och delmål men också att inhämta synpunkter från projektgruppen. Föreläsningar om de centrala begreppen i förstudien presenterades av experter inom området. Lärdomar från liknande projekt delgavs. På uppstartsmötet

visade det sig att det rādde olika uppfattningar om vad som förväntades av förstudien samt om arbetssätten.

Screeningkartläggning

Under genomförandefasen gjordes en inventering av de verktyg och metoder som används idag för att upptäcka ohälsa. Ett frågeformulär sändes till specialisterna hos Arbetsförmedlingen. Resultat från denna inventering beskrivs i kapitel 6.

Pilotstudien

Pilotstudien genomfördes på två orter, Halmstad och Örnsköldsvik. Syftet med pilotstudien var beskriva arbetssätt, verktyg och samarbetsstrukturer som myndigheterna har och tillämpar för att utreda behovet av rehabilitering hos personer i etableringen. Piloternas arbete och slutsatser därifrån presenteras i kapitel 7.

Fokusgruppsintervjuer

Målet med fokusgruppsintervjuer var att inhämta kunskap om målgruppen nyanlända, då det är viktigt att även få med deras perspektiv i utformningen av utvecklingsområdena. Resultat från fokusgruppsintervjuerna presenteras i kapitel 8.

Växjö etableringsdagarna

Etableringsdagarna genomförs i form av en nationell konferens som sammansluter en rad aktörer som arbetar med etableringen. Projektet deltog på Växjö etableringsdagarna och presenterade preliminära resultat från förstudien. Deltagandet var en del av det fortlöpande förankringsarbetet i förstudien.

Studiebesök vid etableringskontor Arbetsförmedlingen

Projektgruppen genomförde två studiebesök hos Arbetsförmedlingens etableringskontor i Hallunda och i Haninge. Syftet med studiebesöken var att inhämta kunskap, erfarenheter och lärdomar om arbetet med nyanlända inom ramen för etableringsuppdraget.

Omvärldsanalys

Regelbunden systematisk omvärldsanalys gjordes under genomförandefasen. Målet var att identifiera genomförda eller pågående projekt inom liknande område som förstudien samt att dokumentera och sammanställa lärdomar från och beröringspunkter med dessa. Resultaten från omvärldsanalysen presenteras i kapitel 4.

Workshop 1 (februari)

Syftet med workshop 1 var att förmedla kunskap om sambandet mellan jämställdhet och hälsa; diskussioner om hur och varför är det viktigt att beakta horisontella principer i förstudien (jämställdhetsintegrering, likabehandling, tillgänglighet och diskrimineringsperspektiv), att diskutera 4R-metoden och slutligen att förmedla grundläggande kunskap om kulturkompetens. Denna workshop genomfördes inför pilotstudien.

Workshop 2 (april)

När förstudien var halvvägs anordnades en andra workshop för att presentera preliminära resultat och utbyta erfarenheter. En föreläsning hölls om hur Försäkringskassan arbetar med målgruppen.

3.3 Slutfasen

Tredje fasen av förstudien (juni – augusti 2016) har innehållit färdigställande av förstudiens slutrapport.

Workshop 3 (juni)

Workshop 3 utgjorde slutseminariet. Syftet med slutseminariet var att presentera slutresultat från pilotstudien och fokusgruppsintervjuer samt diskutera förslag till utvecklingsområden. Under slutseminariet hölls en paneldiskussion om resultaten av förstudien och om hur ett genomförandeprojekt baserat på resultaten från förstudien skulle kunna utformas. Deltagare i panelen var representanter från Somalicenter, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och Länsstyrelsen Västernorrland.

3.4 Hur har de horisontella principerna beaktats i förstudien?

Arbetet med de horisontella principerna har genomfyrat hela förstudien. En genusanalys gjordes och därefter togs en handlingsplan för horisontella principer fram, se bilaga 1. Syftet med handlingsplanen var att belysa hur horisontella principer såsom jämställdhetsintegrering, tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning samt likabehandlingsperspektivet bör beaktas i arbetet. Dessa principer ingår i varje delmål i förstudien. Nedan följer en beskrivning av hur varje princip har beaktats i arbetet.

Föreläsning om hur hälsan påverkas av jämställdhet

Kunskap om hur jämställdhet påverkar hälsa förmedlades av en expert inom området. Syftet med denna föreläsning var att öka kunskap hos projektmedarbetarna om vikten av att inkludera ett jämställdhetsperspektiv i förstudien.

Föreläsning om horisontella principer

Ämnen som kunskap om jämställdhetsintegrering, vikten av tillgänglighet för personer med någon form av funktionsnedsättning, likabehandling och diskrimineringsperspektiv diskuterades i förhållande till förstudien.

4R-metoden

4R-metoden presenterades för projektmedarbetarna. 4R är ett verktyg som används för att analysera en verksamhet eller ett projekt så att ojämställdhet inte förekommer. 4R står för representation, resurser, realia, realisera.

Grundläggande kunskap i kulturkompetens

Lärdom om andra kulturer och hur kulturen påverkar hälsa utgjorde en del av kunskapsöverföringen under förstudien.

Genusanalys

En genusanalys gjordes där syftet var att belysa hur jämställdhetsintegrering skulle kunna integreras i arbetet. Genusanalysen förankrades i projektgruppen och följdes upp fortlöpande under förstudien.

Jämställdhet och tillgänglighetsfrågor som ämne i fokusgruppsdiskussioner

Jämställdhets- och tillgänglighetsfrågor utgjorde centrala diskussionsämnen under fokusgruppsdiskussionerna. Resultaten från dessa diskussioner presenteras separat i kapitel 8.

Genusperspektiv i förstudien

Genusperspektivet beaktades genom att tillgängliggöra nationell och lokal statistik, i möjligaste mån, om hur situationen ser ut när det gäller olika insatser inom ramen för etableringsuppdraget.



Försäkringskassan



Arbetsförmedlingen

Under pilotstudien säkerställde projektmedarbetarna att deltagarna i pilotstudien var både män och kvinnor. Samma princip gällde rekryteringen av deltagarna i fokusgruppdiskussionerna.

Förslagen till utvecklingsområden tar också hänsyn till könsskillnader: Vad kan göras för kvinnor respektive flickor och vad kan göras för män respektive pojkar när det gäller rehabiliteringsåtgärder.

Som det nämns lite kort i detta kapitel fanns omvärldsanalysen med som en del i förstudiens genomförandefas. I nästkommande kapitel beskrivs erfarenheter från andra projekt som har haft beröringspunkter med denna förstudie.

4. Omvärldsanalys

Omvärldsanalysen svarar upp mot produktmål 3, ”Identifiera projekt i samma område och ta tillvara erfarenheter därifrån” samt produktmål 6, ”Ta kontakt med relevanta aktörer när det gäller transnationellt samarbete, framförallt Tyskland. Omvärldsanalysen gjordes löpande under förstudien.

4.1 Erfarenheter från identifierade liknande projekt

Eftersom det bedrivs en rad aktiviteter och nationella projekt om nyanländas situation har förstudien begränsat sig till de projekt och studier som har och har haft fokus på hälsa i vid bemärkelse (holistiskt perspektiv, fysisk och psykisk hälsa). Förstudien har också undersökt projekt och studier som har inkluderat nyanlända kvinnor i sin verksamhet. En sammanställning av identifierade studier och projekt gjordes enligt ovan nämnda kriterier och presenteras i bilaga 2.

Sammantaget har följande lärdomar och erfarenheter kunnat identifieras:

- För att främja hälsa och förebygga ohälsa bland nyanlända krävs samarbete, samverkan, samråd och samordning mellan berörda aktörer. Det är viktigt att identifiera beröringspunkter och förtydliga ansvarsområden för att undvika dubbelt arbete och för att undvika att ”något faller mellan stolarna”.
- Tillräckliga resurser bör frigöras för att främja hälsa och förebygga ohälsa bland nyanlända.
- Det är viktigt att bygga på befintliga strukturer och att undersöka om det finns behov av att utveckla och anpassa dessa till de specifika behoven hos nyanlända.
- Kontinuitet och långsiktighet är avgörande för ett lyckat arbete med att främja hälsa och förebygga ohälsa bland nyanlända. Tidigare erfarenheter har visat att kunskap och lärdomar från olika tidsbegränsade projekt tappas bort när dessa är avslutade. Det är därför angeläget att förvalta lärdomarna genom att till exempel införliva dem i den ordinarie verksamheten.
- Kunskap om kulturkompetens bör inhämtas av de aktörer som arbetar med nyanlända. Detta kan göras genom att involvera målgruppen ”nyanlända” i de olika projekt som riktar sig till denna målgrupp.
- Det civila samhället, som utgör en viktig aktör i arbetet med nyanlända, bör involveras i rehabiliteringsprocessen. Särskilt fokus ska läggas på att hitta lämpliga, alternativa och passande åtgärder eller insatser för kvinnor som har stått utanför arbetsmarknaden länge.

4.2 Det transnationella arbetet

I omvärldsanalysen ingick också arbete med att inhämta internationella goda exempel på hur man bäst kan främja hälsa och förebygga ohälsa bland nyanlända med särskilt fokus på arbete.

Försäkringskassans nationella ESF-kansli hade etablerat kontakter med två aktörer, i Tyskland och i Storbritannien, i syfte att fortsätta samarbetet under förstudien. När förstudien påbörjades kontaktade dessa och, utifrån förstudiens övergripande mål, beslutades det att fortsätta samarbetet med Tyskland.

En förfrågan om eventuellt samarbete skickades till samtliga representanter för EU:s 27 medlemsländer i EU:s expertgrupp om sociala bestämningsfaktorer och ojämlikhet i hälsa. I brevet till representanterna fanns information om förstudien och förslag till samarbetsformer. Följande frågor ställdes:

- Drivs det liknande projekt i ert land?
- Finns det särskilda projekt som har fokuserat på kvinnor respektive män och personer med funktionsnedsättning?

- Om ja, kan vi få kontaktuppgifter till berörda?
- Kan ett studiebesök planeras med syftet att byta erfarenheter?

Förstudien har fått svar och tips på flera intressanta projekt och valt att samarbeta med Tyskland och Nederländerna. I Nederländerna har kontakt etablerats med Dr. Peter Flach vid Groningen universitet. Han har lett ett framgångsrikt arbete med rehabilitering av långsjukskrivna ur ett egenmaktsperspektiv. Det planerades att bjuda in Dr. Peter Flach till en workshop (workshop 2 eller slutkonferensen) för att ta del av hans erfarenheter. Samtidigt planerades ett studiebesök till Tyskland i mitten av maj. Syftet med besöket skulle vara att ytterligare utbyta erfarenheter med en rad projekt som arbetar med integration av flyktingar på arbetsmarknaden. Styrgruppen beslutade att behålla kontakterna med de nämnda aktörerna men att genomföra studiebesök och bjuda in experterna först under ett projektgenomförande.

Om vi i detta kapitel vände blicken utåt mot omvärlden, så fortsätter nästa kapitel att beskriva den gemensamma processen mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan inom ramen för det förstärkta samarbetet. Kapitel 5 beskriver de förutsättningar som finns utifrån exempelvis samordningsuppdraget och regleringsbrevsuppdraget 2016.

5. Rehabiliteringsprocessen

Som en del av delmål 1 följer en beskrivning av Försäkringskassans samordningsansvar och hur det strukturerade samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen i rehabiliteringsprocessen ser ut.

5.1 Samordningsansvar

Förutom uppdraget att bedöma arbetsförmåga och rätten till ersättning, har Försäkringskassan skyldigheter på rehabiliteringsområdet. De innefattar dels ett övergripande samordningsansvar för rehabiliteringsverksamhet, dels skyldigheter i enskilda ärenden. I enskilda ärenden ansvarar Försäkringskassan för att klargöra den försäkrades behov av rehabilitering och se till att de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering vidtas. Försäkringskassans ansvar är av samordnande karaktär. Försäkringskassan tillhandahåller inte själv några rehabiliteringsåtgärder. För att se till att rehabiliteringsåtgärderna genomförs på ett effektivt sätt behöver Försäkringskassan alltså samverka med andra aktörer.

Förutsättningar för Försäkringskassans samordningsuppdrag på individnivå:

- Individen ska vara försäkrad i Sverige för arbetsbaserade eller bosättningsbaserade förmåner¹¹¹²
- Individens arbetsförmåga ska vara nedsatt på grund av sjukdom, dock behöver ingen viss grad av nedsättning vara uppfylld¹³
- Individen behöver rehabiliteringsinsatser för att återfå sin arbetsförmåga¹⁴. Det som avgör om en individ har rätt till samordning av rehabiliteringsinsatser är om arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom och om det finns behov av samordning av arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser. Det har ingen betydelse om individen får ersättning från sjukförsäkringen eller inte.

5.2 Arbetslivsinriktad rehabilitering

Arbetsförmedlingen har sedan 2002 ett samlat ansvar, sektorsansvar, för funktionshinderfrågor inom arbetsmarknadspolitiken och ska inom ramen för detta ansvar vara samlande, stödjande och pådrivande i förhållande till övriga berörda parter. Målet för funktionshinderspolitiken innebär att skapa full delaktighet och jämlikhet för alla med funktionsnedsättning.

Arbetslivsinriktad rehabilitering är ett uppdrag inom Arbetsförmedlingen och innebär att ta tillvara och utveckla arbetssökandes resurser och kompetens. Målgruppen är arbetssökande med nedsatt arbetsförmåga på grund av funktionsnedsättning och/eller en historik av ohälsa.

¹¹ 6 kap 6 § och 5 kap 9 § Socialförsäkringsbalken, SFB

¹² 6 kap 6 § och 5 kap 9 § Socialförsäkringsbalken, SFB

¹³ 29 kap 2 § SFB

¹⁴ 29 kap 2 § SFB

Syftet är att underlätta för dessa arbetssökande att få, behålla eller återgå till en anställning. Arbetslivsinriktad rehabilitering ska inriktas på att hitta lösningar och matcha arbetssökande mot jobb utifrån deras specifika förutsättningar för arbete.

Inom Arbetsförmedlingen ska en funktionsnedsättning som regel styrkas genom ett medicinskt underlag alternativt ett underlag från en annan myndighet. Utifrån underlagen och tillsammans med den arbetssökande ska Arbetsförmedlingen göra en samlad bedömning om en funktionsnedsättning också medför en nedsatt arbetsförmåga. En sådan bedömning ska visa på den arbetssökandes möjligheter och begränsningar i förhållande till arbete inom olika arbetsuppgifter och arbetsmiljöer. För personer med ohälsa och/eller funktionsnedsättning är det av största vikt att arbetsförutsättningar tidigt klargörs. Därmed kan Arbetsförmedlingens stöd och individanpassning effektiviseras, vilket leder till att tiden fram till att en person kan få eller återgå till ett arbete kan förkortas.

Arbetsförmedlingen ska säkerställa att resurser avsätts för arbetslivsinriktad rehabilitering. Den lokala Arbetsförmedlingen ska ha tillgång till personalresurser inom arbetslivsinriktad rehabilitering i form av både arbetsförmedlare och specialister.

5.2.1 Arbetsförmedlingens specialister

Arbetsförmedlingens specialister arbetar integrerat på arbetsförmedlingarna. Specialister inom arbetslivsinriktad rehabilitering är psykologer, socialkonsulenter och arbetsterapeuter/sjukgymnaster. För arbetssökande med funktionsnedsättning inom syn eller hörsel finns specialfunktioner som exempelvis synspecialister, dövkonsulenter, audionomer och specialfunktionen för anpassning/teknik.

Grunden för samarbetet mellan specialister och arbetsförmedlare är det konsultativa arbetssättet. Specialisterna arbetar på uppdrag av arbetsförmedlarna, genom konsultation i form av råd och vägledning till arbetsförmedlaren och genom direkt kontakt med den arbetssökande. Arbetsförmedlaren har det sammanhållande ansvaret och tar vid behov initiativ till kontakt med specialister samt initierar de insatser och aktiviteter som behövs för att stödja arbetssökande på vägen till ett arbete eller utbildning. Specialisten formulerar tillsammans med arbetsförmedlaren en frågeställning utifrån den arbetssökandes behov samt verksamhetens uppdrag och resurser.

Konsultation kan vara

- konsultationsforum
- enskild dialog mellan arbetsförmedlare och specialist
- medverkan i treparts- eller flerpartssamtal där den arbetssökande deltar tillsammans med arbetsförmedlare och specialist.

I ett konsultationsforum möts arbetsförmedlare och specialister för dialog och planering kring enskilda arbetssökande. Syftet med konsultationsforum är att erbjuda en möjlighet för arbetsförmedlare och specialister att utbyta erfarenheter och dra nytta av varandras kunskap. Målet är att förenkla vägen till arbete för de arbetssökande och bidra till ökad enhetlighet och rättssäkerhet samt att åstadkomma ett ömsesidigt lärande.

5.3 Regleringsbrevsuppdrag 2016: Förstärkt stöd för personer som är sjukskrivna och för unga med aktivitetsersättning

Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen har sedan 2012 en arbetsform som kallas det förstärkta samarbetet. Arbetet bedrivs utifrån årliga gemensamma regleringsbrevsuppdrag. Uppdraget för 2016 lyder:

1. Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen ska i samarbete vidta insatser som förkortar tiden i sjukförsäkringen samt medför att den som är sjukskriven eller får aktivitetsersättning utvecklar eller återfår arbetsförmågan och därmed kan återgå i, eller få, arbete. Insatserna ska ske så tidigt som möjligt för de kvinnor och män som bedöms ha behov av aktiva rehabiliteringsinsatser.
2. Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen ska genom samordningsförbunden verka för att det vidtas förstärkta och samordnade rehabiliteringsinsatser för långtidssjukskrivna och unga med aktivitetsersättning i syfte att stärka kvinnors och mäns förmåga till förvärvsarbete.

Andelen som återfår arbetsförmågan och kan återgå i arbete ska öka och tiden i sjukförsäkringen ska minska för de som är inskrivna i det förstärkta samarbetet.

Syftet med det förstärkta samarbetet är att öka personers förutsättningar att utveckla eller återfå arbetsförmågan och därmed kunna återgå i, eller få, arbete. Målgruppen för det förstärkta samarbetet är personer som har en nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning eller risk för en nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom och som är i behov av rehabilitering för att få eller återfå sin arbetsförmåga. Det ska finnas ett behov av gemensamma insatser från båda myndigheterna samtidigt. Gemensam kartläggning och aktiva insatser genomförs oberoende av personens försörjning. En nationell överenskommelse, en viljeinriktning, en process och ett metodstöd visar på den struktur som finns.

Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan samarbetar och bistår med det stöd som respektive verksamhet kan ge. Myndigheternas respektive uppdrag och gällande lagstiftning formar ett ramverk för samarbetet och anger såväl möjligheter som begränsningar. Det förstärkta samarbetet består av två delar, gemensam kartläggning och aktiva insatser.

5.4 Gemensam kartläggning

Gemensam kartläggning är ett arbetssätt som syftar till att identifiera en persons förutsättningar och behov av arbetslivsinriktad rehabilitering utifrån ett medicinskt och arbetslivsinriktat perspektiv.

Tillsammans med den enskilde kan både Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan initiera en gemensam kartläggning. Vid en gemensam kartläggning träffar den enskilde arbetsförmedlare och personlig handläggare från Försäkringskassan i ett eller flera möten. Där kan även andra aktörer delta. En viktig utgångspunkt är att individen ska vara delaktig i planeringen och genomförandet av alla insatser och att myndigheterna ska arbeta för att stimulera och motivera till detta.

Den myndighet som identifierat nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom och behov av arbetslivsinriktad rehabilitering skickar en kallelse till gemensam kartläggning till den andra myndigheten. Det kan vara antingen Försäkringskassan eller Arbetsförmedlingen. Sedan 2012 har Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan en överenskommelse där båda myndigheterna tar på sig att alltid delta vid gemensam kartläggning när den andra myndigheten kallar till sådan.

När Arbetsförmedlingen kallar till gemensam kartläggning går Försäkringskassan på ett första möte som en service till den arbetssökande och Arbetsförmedlingen. Det behövs därför ingen ansökan om samordnade rehabiliteringsinsatser eller medicinska underlag.

Men om det första mötet inom gemensam kartläggning utmynnar i att det är aktuellt med arbetslivsinriktad rehabilitering så behöver den arbetssökande ansöka om ”samordning av rehabiliteringsinsatser” hos Försäkringskassan. Då behöver han eller hon bifoga ett medicinskt underlag som styrker nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom.

Efter den gemensamma kartläggningen kan aktiva insatser påbörjas för personer som är i behov av arbetslivsinriktad rehabilitering hos Arbetsförmedlingen. Merparten av de insatser som Arbetsförmedlingen erbjuder ryms inom arbetsmarknadspolitiska insatser och program. Insatser hos Arbetsförmedlingen kan delas upp i arbetsförberedande respektive arbetslivsinriktade insatser.

De arbetsförberedande insatserna erbjuds personer som har en mycket instabil eller låg aktivitetsnivå. Arbetslivsinriktade insatser kan erbjudas direkt efter gemensam kartläggning eller efter arbetsförberedande insatser.

Personer som saknar sjukpenninggrundande inkomst (SGI) men har behov av arbetslivsinriktad rehabilitering kan ansöka om samordning av rehabiliteringsinsatser hos Försäkringskassan. Då behövs ett medicinskt underlag som styrker nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom.

I de fall en nyanländ har ett läkarintyg och Försäkringskassan bedömer att han eller hon har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom har Försäkringskassan ansvaret för att vid behov samordna rehabiliteringsinsatser. Försäkringskassan har dock ingen ensamrätt på att utreda rehabiliteringsbehov, och föreligger ingen sjukdom har Försäkringskassan heller inget samordningsansvar.

5.4.1 Hälso- och sjukvårdens roll

För att Försäkringskassan ska gå vidare efter ett första möte och vid behov samordna rehabiliteringsinsatser så krävs det att personen har ett läkarintyg. Därefter bedömer Försäkringskassan om personen har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom, och därmed omfattas av Försäkringskassans ansvar att vid behov samordna rehabiliteringsinsatser eller inte.

Den gemensamma kartläggningen genomförs under ett eller fler möten. Mötesformen är antingen avstämningsmöte eller ett möte hos Arbetsförmedlingen. Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen är obligatoriska deltagare men även andra aktörer, så som läkaren eller arbetsgivaren, kan vid behov vara med redan vid ett första möte.

I ärenden då Arbetsförmedlingen initierar gemensam kartläggning och bedömer att en vårdgivares medverkan är av stort värde kan det vara möjligt för Försäkringskassan att kalla till avstämningsmöte. Detta förutsätter att de finns en aktuell vårdkontakt och ett medicinskt underlag. Försäkringskassan kan, genom att bedöma att det behövs ett avstämningsmöte, ersätta läkaren/vårdgivaren och på så sätt öka chansen att han eller hon medverkar. Beslutet om att kalla till avstämningsmöte i dessa fattas av en personlig handläggare efter samråd med en arbetsförmedlare.

Det förstärkta samarbetet har i stor utsträckning kommit att bli en tvåpartsverksamhet. Hälso- och sjukvården är idag framför allt inblandad innan och efter det förstärkta samarbetet. Hälso- och sjukvården och kommunerna är viktiga aktörer för att rehabilitering och inträde och återgång till

arbetsmarknaden ska fungera i alla led. Genom tätare samarbete med relevanta aktörer på lokal nivå skulle samtliga parter sannolikt kunna undvika en del av de inlåsnings effekter och det dubbelarbete som i dagsläget kan uppstå.

Arbetsförmedlingen har tagit initiativ till att förbättra och utveckla myndighetens samverkan med hälso- och sjukvården och driver sedan maj 2015 ett projekt som beräknas pågå fram till 2018. Vårdgivare medverkar vid gemensam kartläggning i cirka nio procent av alla genomförda kartläggningar. Myndigheterna bedömer att detta inte motsvarar behoven hos deltagarna och att vårdens delaktighet i planeringen av insatser därför behöver vidareutvecklas och systematiseras. Detsamma gäller kommunernas medverkan i planeringen och under insatserna. Kommunala insatser, exempelvis boendestöd, daglig verksamhet eller kontaktperson kan vara avgörande för hur väl en person klarar av en arbetslivsinriktad rehabilitering.

5.5 Samverkan kring personer som saknar sjukpenninggrundande inkomst och har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom

De flesta nyanlända som har en etableringsplan saknar en SGI, varför det inom ramen för förstudien även kan vara intressant att beskriva hur samverkan sker för dem som saknar SGI och är i behov av samordnad rehabilitering. Om arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom kan personen ändå ha behov av och rätt till samordning av rehabiliteringsinsatser via Försäkringskassan. Rehabilitering är både en arbetsbaserad och en bosättningsbaserad förmån enligt Socialförsäkringsbalken (SFB) och därför omfattas även de personer som saknar SGI av Försäkringskassans samordningsuppdrag.

Hur samverkan kring personer utan SGI fungerar varierar i landet. I juni 2016 fattades dock beslut om en gemensam viljeinriktning mellan Försäkringskassan, SKL och Arbetsförmedlingen, för samverkan kring personer som saknar SGI och har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom.

Inriktningen bygger på ett flerårigt utvecklingsprojekt som genomförts i huvudsak mellan Försäkringskassan i Halmstad och kommunernas socialtjänst i Halmstad, Hylte och Laholm. Projektet undersökte vilka behov som fanns av samverkan på strukturell och individnivå och fokus var behovet av utvecklad samverkan mellan i första hand Försäkringskassan och kommunerna, kring målgruppen nollplacerade som lever på försörjningsstöd (ekonomiskt bistånd) och på grund av sjukdom inte kunnat delta i aktiverande och rehabiliterande åtgärder.

”Halmstadexemplet”, som utvecklingsverksamheten har kommit att kallas, har nu införts i hela Halland. Viljeinriktningen uttrycker en vilja att Halmstadexemplet ska inspirera fler kommuner att utveckla samverkan på liknande sätt kring målgruppen.

I detta kapitel lyftes de hinder och möjligheter fram som finns för att inkludera nyanlända i befintlig rehabiliteringsprocess mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Dock behövs det sätt att först identifiera ohälsa bland nyanlända, varför nästa kapitel tar upp kartläggningen av screeningverktyg som genomfördes i förstudien.

6. Screeningsverktyg som används av specialistfunktionerna inom etableringsuppdraget

Ett av förstudiens delmål (2) var att kartlägga verktyg och arbetssätt för att identifiera ohälsa och undersöka behovet av eventuella nya screeningverktyg.

Pilotkontoren fick i uppdrag att kartlägga arbetsprocessen och de verktyg som tillämpas för att kartlägga arbetssökandes arbetsförutsättningar. Deras arbete redovisas i kapitel 7.

Därutöver har specialister på Arbetsförmedlingen fått besvara frågor om deras roll och tillämpning av verktyg i etableringen. Frågorna har ställts till metodsamordnare för specialisterna, och nästa avsnitt sammanfattar de olika specialistfunktionernas svar.

6.1 Psykolog

De flesta psykologer arbetar via konsultationsforum. I konsultationerna med arbetsförmedlare lyfts ofta frågor kring psykisk ohälsa och om det föreligger en funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga.

Det är även vanligt att arbetsförmedlarna efterfrågar en psykologs bedömning eller råd inför den arbetssökandes kontakt med hälso- och sjukvården. Flera psykologer uppger att de arbetar med underlag för att bedöma prestationsförmåga och att trepartssamtal med arbetsförmedlare är vanligt.

I huvudsak använder sig psykologer av utredande samtal som metod och olika screeningsinstrument (som inte definieras som arbetspsykologiska test), som självskattningsformulär för posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och depression/ångest, som en hjälp att identifiera ohälsa. Arbetspsykologisk utredning, som är den metod som psykologerna generellt tillämpar för att kartlägga arbetssökandes arbetsförutsättningar, används inte för detta ändamål, då psykologerna inte anser sig ha de instrument de behöver.

Vägledning, enskilt och i grupp, är den metod som främst används för att stödja arbetssökande på vägen mot arbete eller utbildning. Det förekommer även motiverande intervjuer.

Noggrant anamnestagande är ett viktigt inslag i psykologens arbete. Samarbete med arbetsterapeut/sjukgymnast i metoden ”aktivitetsbaserad kartläggning av arbetsförutsättningar” (AKA) anses också vara ett viktigt verktyg.

De förbättringar som psykologerna skulle vilja se är arbetspsykologiska test som bättre kan mäta deltagarnas förmågor, personlighet och intresseprofil. Psykologerna efterfrågar också fler frågeställningar från arbetsförmedlarna kopplade till arbetsförmåga och vägledning mot arbete. Psykologen behöver komma in tidigare i processen. Många nyanlända personer har hunnit avsluta etableringen när en psykolog kopplas in trots att problemen uppmärksammas redan under etableringstiden. Psykologerna ser även ett behov av att kunna ge särskilt stöd, utan att funktionshinderkod behöver registreras. Det gäller framförallt personer som saknar skolgång och som inte kan läsa och skriva.

Andra förbättringsbehov som nämns är

- bättre samarbete med sjukvården

- kompetens inom PTSD
- SIUS¹⁵-konsulenter särskilt riktade till etableringen.

6.2 Socialkonsulent

Socialkonsulenten anlitas under alla skeden under etableringen, ibland tidigt i processen, innan planbeslut, ibland någon månad innan arbetssökande lämnar etableringen. Socialkonsulenterna används indirekt vid bedömning av prestationsförmågan utifrån att man inte vet om en arbetssökandes ohälsa beror på sjukdom eller social situation. Yrkesgruppen anlitas ofta för att vara förmedlande länk till kommunen och andra myndigheter. Rollen liknar mer en kurator i etableringsuppdraget än i andra uppdrag.

De verktyg som socialkonsulenten använder sig av är fördjupade (kartläggnings) samtal. Vid några tillfällen har socialkonsulenten varit med vid de första samtalen (etableringssamtalen) för att även fånga upp ärenden till andra specialister. Socialkonsulenterna prövar sig fram med olika arbetssätt för att komma in tidigare i processen, just för att vara med vid etableringssamtalen, men även på arbetsförmedlarnas lagmöten.

Arbetsocial utredning är den metod som socialkonsulenterna generellt använder sig av, men inom etableringen används den mycket sällan. Upplevelsen är att etableringssökande har andra behov, mer handfast hjälp med myndighetskontakter. För närvarande pågår ett utvecklingsarbete hur metoden kan användas i etableringen.

Socialkonsulenterna anser att det saknas metoder och verktyg för att fånga upp och prata om missbruk. Även fullgoda verktyg för att fånga upp PTSD saknas.

6.3 Arbetsterapeut/sjukgymnast

Yrkesrollen för arbetsterapeuter/sjukgymnaster¹⁶ är i stort densamma inom etableringsuppdraget som kring övriga arbetssökande. Det som skiljer är att specialister inte rekommenderar stöd till hjälpmedel på arbetsplatsen på sfi, eftersom det ingår i kommunens ansvar. Detta hindrar dock inte att arbetsterapeuter/sjukgymnaster utreder anpassningsbehov och informerar utbildningsanordnare om resultaten. Förekomsten av trepartssamtal är frekvent i olika skeden. Syftet kan vara att anpassa aktiviteter samt hälsokartläggning. Uppdrag kommer både genom konsultationsforum och genom enskilda konsultationer. Kontakter med kommunen kring sfi och hälsofrämjande insatser förekommer.

Arbetsterapeuter/sjukgymnaster kan delta i läkarbesök tillsammans med arbetssökande. De samverkar med vården för att lotsa personer rätt i samband med bedömning av prestationsförmåga samt för att formulera frågor inför förfrågan om läkarutlåtande. En del kontakter med vårdgivare kan bli långa och tidskrävande.

Arbetsterapeuter/sjukgymnaster använder samtliga tre insatser¹⁷ inom metoden ”aktivitetsbaserad utredning av arbetsförutsättningar/arbetsförmåga” i olika omfattning beroende på aktuell frågeställning.

¹⁵ Särskilt introduktions- och uppföljningsstöd är ett individuellt stöd till arbetssökande med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga. Stödet ges inför och under en anställning.

¹⁶ Fysioterapeuter

¹⁷ Samtal inriktat på den arbetssökandes aktuella aktivitetsnivå, Aktivitetsbaserad kartläggning av arbetsförutsättningar (AKA), Aktivitetsbaserad bedömning av arbetsförmåga (ABB)

De använder metoden på ungefär samma sätt som när de arbetar med övriga arbetssökande. Den samlade uppfattningen är att metoden som helhet fungerar bra. Det finns dock behov av att utveckla bedömningssituationer för personer med begränsad svenska samt för personer som saknar skolgång och som inte kan läsa och skriva. En del arbetsterapeuter/sjukgymnaster använder samhällsorientering och sfi för att observera och eller följa upp aktivitetsförmågan.

För att identifiera ohälsa genomförs ibland också samtal tillsammans med psykolog och socialkonsulent eftersom frågeställningarna ofta är komplexa. ICF¹⁸ föreslås som en lämplig modell att använda inom etableringsuppdraget.

Arbetsterapeuter/sjukgymnaster lyfter även fram följande verktyg:

- Aktivitetsbaserat samtal inriktat på den arbetssökandes aktuella aktivitetsnivå används ofta för att identifiera ohälsa.
- Aktivitetsbaserad kartläggning av arbetsförutsättningar (AKA)- (Bristen på platstolkar och den administration som är förknippat med användningen av tolk lyfts som en stor utmaning).
- I de fall specialister arbetar med utprovning av hjälpmedel, anpassning av arbetsplats/studieplats nämner de att många arbetssökande har mobiltelefon som kan användas som kognitivt stöd.
- Aktivitetsbaserad bedömning av arbetsförmåga (ABB) används främst på upphandlad utredningsplats men även i enstaka fall i reell miljö, ofta i slutet av etableringstiden.

6.4 Syn- och hörselspecialister

I etableringen blir synspecialisternas roll ofta att börja med att utreda synproblematiken för att sedan kunna anpassa insatser. Arbetssökande saknar ofta medicinska utlåtanden om hur synen är.

Konsultationer handlar om att ge råd om hur den arbetssökande kan få en vård- eller optikerkontakt för en första screening och sedan hjälpa till att förklara vad de medicinska utlåtandena betyder.

Synspecialister har ofta trepartssamtal med arbetsförmedlaren och den arbetssökande efter att de identifierat en synproblematik. Synspecialisten använder samtal och metoden synfunktionsutredning (SFU) för att identifiera synnedsättning. Arbetet med SFU är svårt med de verktyg som finns eftersom läs-test bara finns på svenska.

Audionomer kan använda metoden hörselfunktionsutredning (HFU) för att identifiera personer med hörselnedsättning. Fler arbetssökande med hörselnedsättning skulle identifieras om alla arbetsförmedlare använde frågorna om hörsel i "Fördjupningsfrågor för klargörande av hälsotillstånd". För att bättre kunna fånga upp dessa besvär föreslås att en grundläggande utbildning i funktionsnedsättningar som rör syn och hörsel bör erbjudas alla arbetsförmedlare. Om personer som har hörselnedsättning identifieras tidigt i etableringsprocessen skulle adekvat utredning, behandling och rehabilitering från vården kunna starta direkt och personerna få bättre förutsättningar att lära sig svenska och etablera sig snabbare på arbetsmarknaden.

Syn- och hörselspecialister representerar ofta varandra i samband med konsultationsforum och överför frågeställningen till den profession som berörs. Ibland besöker synspecialister och audionomer sfi och beskriver tillsammans med den arbetssökande vad lärarna kan tänka på i samband med undervisningen. Det är kommunen som ansvarar för eventuella hjälpmedel inom sfi.

¹⁸ International Classification of Function, Disability and Health (WHO's klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa)

Arbetsförmedlingen i Stockholm genomförde 2015 ett projekt¹⁹ med syfte att undersöka om det är möjligt att identifiera fler nyanlända med hörsel- och/eller synnedsättning och också tidigare i etableringsprocessen. Under de drygt tre månader som projektet pågick inkom 26 hörselärenden och 24 synärenden. Jämfört med motsvarande period 2014 var det en ökning från 4 till 50 ärenden.

Arbetsmodellen förutsätter att arbetsförmedlarna ställer ett par frågor om syn och hörsel i kartläggningssamtalet och att det finns regelbundna konsultationsforum. Specialisterna har erbjudit utbildningsinsatser för hela personalen, informationstillfällen med arbetssökande samt bokade utredningssamtal med arbetsförmedlarna. (Se även Hörselprojektet, Leg. audionom Pia Uhlin, Arbetsförmedlingen SDH Väst i Göteborg, 2014).

Specialisterna upplever behov av en förbättrad samverkan mellan Arbetsförmedlingen, sfi och hälso- och sjukvården. Med tydligare rutiner skulle deras arbete underlättas och arbetssökande skulle snabbare få insatser.

Kartläggningen av screeningverktyg visar att det både finns förtjänster och brister i befintliga verktyg för att i ett tidigt skede identifiera ohälsa inom etableringen. I förstudien genomfördes därför också pilotstudier som tar avstamp i det lokala samarbetet, något som presenteras under nedan kapitel 7.

¹⁹ Arbetsförmedlingen 2015, Etableringsprojektet AR-enheten Syn Döv Hörsel Stockholm, Åsa Blomqvist, synspecialist och Lena Pihl Dahl, Audionom

7. Pilotstudierna i Halmstad och Örnsköldsvik

I följande kapitel redovisas förstudiens pilot med Arbetsförmedlingens och Försäkringskassans lokala kontor i Halmstad och Örnsköldsvik. Förstudien var budgeterad för pilotkontorens medverkan i sju månader: 60 procent av en heltidstjänst för Arbetsförmedlingen samt 35 procent av en heltidstjänst för Försäkringskassan på respektive ort. Kontoren har fördelat tiden på medarbetare utifrån lokala förutsättningar.

7.1 Pilotkontorens uppdrag

Förstudien har sin utgångspunkt i myndigheternas lokala samarbeten. Kontoren fick i uppdrag att beskriva arbetssätt, verktyg och samarbetsstrukturer som myndigheterna har och tillämpar för att utreda behovet av rehabilitering hos personer i etableringen. Den process som pilotkontoren beskriver tar vid när en person har fått uppehållstillstånd, har blivit mottagen av en kommun och är aktuell för att ta del av etableringens olika insatser. Pilotkontoren ombads att särskilt observera eventuella skillnader i sitt arbete med hänsyn till kön. Arbetet delades in i tre steg:

1. kartlägga den aktuella samarbetsprocessen
2. testa en gemensam arbetsprocess
3. dokumentera resultat och slutsatser.

7.2 Örnsköldsvik

I följande kapitel redovisar Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan myndigheternas samarbete med att identifiera personer i etableringen i behov av rehabilitering. De redogör för hur samverkan mellan myndigheterna ser ut för de personer som har behov av rehabiliterande insatser och för dem som är i behov av insatser från flera aktörer, så kallad samordnad rehabilitering.

Från Försäkringskassan har en samverkansansvarig (25 %) och en handläggare inom ansvarsområdet funktionsnedsättning (10 %) medverkat. Från Arbetsförmedlingen har två arbetsförmedlare (30 %), en socialkonsulent (15 %) samt en psykolog (15 %) medverkat.

7.2.1 Nuläge och aktuella arbetsprocesser i etableringen

Örnsköldsvik har sedan flera år ett etablerat samarbete i frågor som rör nyanlända dels på chefsnivå, dels på handläggarnivå. Det finns en lokal överenskommelse (LÖK) mellan samverkande myndigheter som årligen revideras. Överenskommelsen klargör varje myndighets ansvar på en övergripande nivå. Myndigheterna har framförallt hanterat akuta frågor som till exempel boende och sfi för att skapa förutsättningar för ett fungerande mottagande. Rehabiliteringsfrågor har inte varit prioriterade.

I chefsgruppen ingår Arbetsförmedlingen, kommunens integrationsenhet, ekonomiskt bistånd, rektor för sfi, Landstinget, Servicekontoret, Migrationsverket samt samverkansansvarig från Försäkringskassan. I handläggargruppen deltar arbetsförmedlare inom etableringen, handläggare från kommunens integrationsenhet och inom ekonomiskt bistånd, kurator och lärare från sfi samt handläggare från Servicekontoret.

Chefs- och handläggargruppen träffas varje månad för att hantera dagsaktuella frågor och byta information. Handläggargruppen har möjlighet att lyfta frågor som kräver beslut på chefsnivå till chefsgruppen. Samarbetet har mest diskuterat frågor om asylmottagande och praktiska frågor.

Genom dessa träffar har man kunnat åtgärda problem snabbt och ha en viss framförhållning, åtminstone fram till hösten 2015 då antalet flyktingar till Sverige och kommunen ökade. När någon part identifierat en fråga som krävt samverkan mellan två eller flera parter har man direkt försökt lösa denna i samband med månadmötet.

Varje år genomför parterna en processkartläggning²⁰ under en halv dag för att identifiera frågor som måste åtgärdas för att arbetet ska flyta på smidigt. Det upprättas en bruttolista med åtgärder som betas av efter hand. Det kan till exempel avse frågan om personalresurser, tolkar, samarbetsrutiner kring sfi, samhällsorientering (SO) och praktik.

Sedan flera år tillbaka erbjuds nyanlända utökad SO²¹. Under tre år stöttade samordningsförbundet ekonomiskt utvecklingen av SO och introducerade hälsokommunikation. Utökad SO har nu permanentats i kommunens regi och omfattar 176 timmar.

Försäkringskassans ska informera nyanlända om regelverk och förutsättningar för att ansöka om olika förmåner i socialförsäkringen. Information ges via webben, telefon och genom kontakt via servicekontor som finns på vissa orter i varje län. Tidigare hade Försäkringskassan informatörer som medverkade i gruppinformationer till nyanlända. Behovet av information om de olika förmånerna i socialförsäkringen upplevs som mycket stort bland övriga samverkansparter.

Ingen person från etableringen har aktualiserats till Försäkringskassan för att samordna rehabiliteringsinsatser från flera aktörer. Däremot har flera personer inom etableringen ansökt om och beviljats vårdbidrag och handikappersättning. Signalerna får Försäkringskassan främst från vårdgivare (via läkarintyg) efter kontakt med enskilda arbetsförmedlare.

Samarbetet mellan parterna upplevs som mycket bra med en vilja till att samarbeta. Men under förstudien har piloten identifierat flera områden som behöver förbättras för att arbetet ska fungera optimalt och stödet till nyanlända ska bli så bra som möjligt.

Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan har inte ett organiserat samarbete kring samordnad rehabilitering för personer i etableringen. Det har inte varit aktuellt att tillämpa arbetssättet gemensam kartläggning och lokalkontoren har därmed heller inte använt resurserna i det förstärkta samarbetet. Att det ser ut som det gör kan beror på bland annat brist på kunskap om uppdraget kring samordnad rehabilitering och att personer som saknar SGI har varit svårt att fånga upp.

Eftersom myndigheterna inte har prövat gemensam kartläggning saknar arbetsförmedlarna i etableringen erfarenhet av arbetssättet. Men även andra hinder har identifierats som påverkar förutsättningarna för samordnade insatser:

- Befintliga forum för samverkan inom området rehabilitering används inte för personer inom etableringen. Det saknas även rutiner för hur arbetsförmedlare i etableringen kan använda dessa.
- Arbetsförmedlarna upplever att hälso- och sjukvården saknar förståelse för behovet av medicinska underlag för att Arbetsförmedlingen ska kunna ta ställning till eventuella

²⁰ En metod för att systematiskt identifiera aktuell/framtida situation av en del eller hela verksamheten genom att kartlägga flödet av aktiviteter utifrån en mottagare/kund.

²¹ Varje nyanländ ska erbjudas en samhällsorientering som omfattar minst 60 timmar, 5 § Förordning (2010: 1138) om samhällsorientering för vissa nyanlända invandrare.

anpassningar av etableringsplanen. Ett svar på en förfrågan om ett läkarutlåtande kan ta flera månader.

- Varken individen eller myndigheter får del av dokumentationen av hälsosamtalet som hälso- och sjukvården erbjuder till asylsökande.
- Personerna som genomgår hälsosamtal väljer många gånger att inte tala öppet om sin hälsostatus bland annat beroende på misstro mot myndigheter och rädsla för att det kan påverka utgången av deras ärende.
- Ett högt antal ärenden per förmedlare och en omfattande administration gör att arbetsförmedlarna saknar tid för att skapa det förtroende som behövs för att tidigt upptäcka ohälsa. Därmed aktualiseras inte heller behov av insatser från Arbetsförmedlingens specialister och andra rehabiliterande eller anpassade insatser.
- Det råder brist på adekvata och anpassade utredningsmetoder för specialisterna.
- Det kan finnas flera individer som har en sjukdom eller ohälsa som sätter ner prestations- eller arbetsförmågan. Eftersom flertalet personer i etableringen saknar SGI och de inte har någon anledning att ansöka om sjukpenning fångas de inte upp av Försäkringskassan.

7.2.2 Identifierade samarbetsforum

Utifrån de hinder som piloten hade identifierat fokuserade pilotstudien på att identifiera befintliga forum för samverkan i vilka etableringen skulle kunna integreras.

Det förstärkta samarbetet

Piloten anser att den generella samverkan mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan som finns med gemensam kartläggning och överlämningsmöten fungerar utmärkt. Det finns även en fungerande lokal överenskommelse kring det förstärkta samarbetet och inom ramen för denna har Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan handläggar- och chefsträffar två gånger per termin. Men etableringen har inte deltagit i detta samarbete och arbetsförmedlarna saknar kännedom om de rutiner som utarbetats.

Rondellen

Rondellen startade på grund av att Socialtjänsten och Arbetsförmedlingen kände ett behov av att förstå varandra bättre och i första hand klargöra för varandra vilket uppdrag parterna har. Samarbetet utvidgades till Försäkringskassan och Landstinget som via en koordinator på en hälsocentral blev inbjudna i samarbetet. Målet för samarbetet är att undvika att skicka individer mellan myndigheterna genom att samordna aktiviteter bättre. Deltagare i denna samverkan är handläggare inom ekonomiskt bistånd, arbetsförmedlare inom arbetslivsinriktad rehabilitering, personliga handläggare på aktivitet ersättning vid Försäkringskassan samt koordinators från en hälsocentral. Samordnare för verksamheten är Startpunkten som arbetar med individer som står långt från arbetsmarknaden. En styrgrupp med chefer från de olika myndigheterna leder arbetet.

De individer som är aktuella för samarbetet har ofta en lång problematik med sjukdom, arbetslöshet och andra sociala problem. Flertalet saknar SGI och det är inte ovanligt att de är fast i ett bidragsberoende.

Beredningsgrupp inom psykiatri

Försäkringskassan och Vuxenpsykiatriska kliniken i Örnsköldsvik har under många år haft ett organiserat samarbete som började med träffar som handlade om gemensamma sjukskrivna. Genom så kallade ”finsam 93 medel” utvecklades det till en beredningsgrupp för individer sjukskrivna via Psykiatriska kliniken. Gruppen utökades efter hand med handläggare från kommunens avdelning för ekonomiskt bistånd och arbetsförmedlare. Inledningsvis var representanterna från kommunen och Arbetsförmedlingen med bara som rådgivare, men sedan 2014 kan både kommunen och Arbetsförmedlingen lyfta ärenden för gemensam beredning. Ansvarig i beredningsgruppen är en koordinator hos psykiatri.

Inom kommunen finns flera ytterligare forum för samverkan där både Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen deltar, bland annat tillsammans med länets största hälsocentral. En personlig handläggare från Försäkringskassan arbetar på plats två dagar i veckan och arbetsförmedlare finns på plats varannan vecka eller vid behov.

Viktigt att påpeka är att det alltid krävs samtycke från alla individer vars ärenden diskuteras i samverkansforum.

7.2.3 Örnsköldsviks modell

Under förstudien har piloten diskuterat olika etiska frågeställningar: Hur mycket ska Arbetsförmedlingen fråga? Ska nyanlända arbetssökande mötas av mer djupgående personliga frågor än övriga inskrivna på Arbetsförmedlingen? När i tid är det lämpligt att ställa frågor kring hälsa?

Pilotens grundläggande värdering har varit att utgå från värden baserade på respekt för den personliga integriteten. Det innebär ett bemötande som inte särbehandlar individen. Det är viktigt att utgå ifrån vilka resurser och vilken kompetens en person har. I valet av modell för att tidigare identifiera ohälsa hos personer med etableringsplan har piloten tagit hänsyn till dessa aspekter.

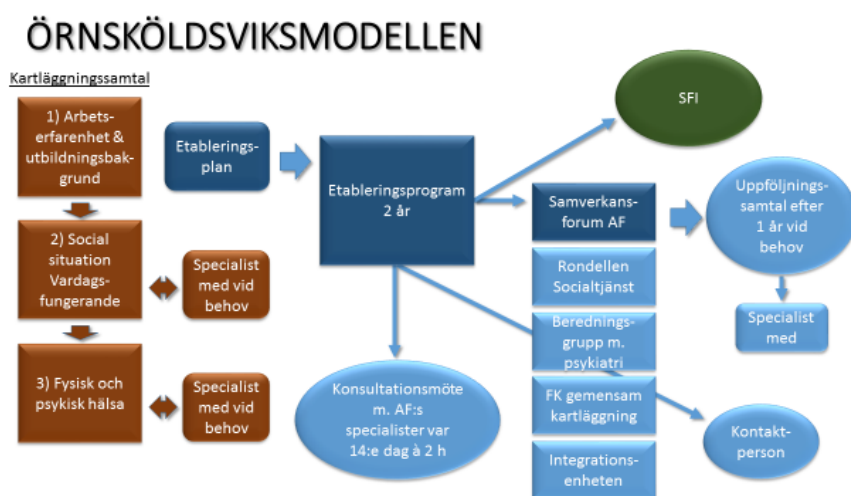
Tid är en viktig aspekt att väga in utifrån uppgiften att tidigt identifiera ohälsa bland de nyanlända. Många personer i etableringen har varit med om svåra händelser och kan ha hälsoproblem. Men när arbetsförmedlaren träffar personerna för att skriva in dem i etableringsprogrammet är de oftast i en mycket positiv och förhoppningsfull fas. De har fått uppehållstillstånd och blivit kommunplacerade.

I samband med att en person ska skrivas in i etableringsprogrammet och etableringsplanen ska fastställas genomförs samtal som handlar om personens livssituation och hälsostatus. Arbetsförmedlingen ska bedöma prestationsförmågan och fastställa om personen har möjlighet att delta på heltid. Den ekonomiska ersättningen är direkt relaterad till omfattningen av etableringsplanen vilket de nyanlända ofta är väl medvetna om. Detta faktum kan påverka deras villighet att prata om eventuell ohälsa eller annan problematik. De som deltar i etableringsprogrammet fokuserar under den första tiden på studier i svenska, praktik och arbete. De kan många gånger uppleva det som främmande att prata om sin hälsa på en Arbetsförmedling, och de kan ha svårigheter att förstå och acceptera systemet.

För att få en bild av hur andra projekt arbetat med att kartlägga nyanländas hälsa och aktivitetsförmåga gjordes en inventering över frågeformulär som utvecklats inom lokala projekt i området. Piloten diskuterade frågornas karaktär, innehåll samt upplägg och har försökt väga in olika faktorer såsom kulturella aspekter, utbildningsnivå, förståelse för frågors konstruktion, könsaspekter mm.

Slutprodukten är ett frågebatteri i tre steg som är tänkt att användas under de första etableringssamtalen. Den första delen genomförs alltid och följs av de två återstående utifrån det utfall man får eller de indikationer respektive behov som kommer fram. Piloten har valt en semistrukturerad intervjuform för att den möjliggjorde utformandet av en intervjuguide där frågorna är tematiserade och där frågornas ordningsföljd kan variera.

Örnsköldsvik har utvecklat en modell som bygger på strukturerade samtal, uppföljningssamtal, förstärkt samarbete med sfi, ökad konsultationstid med Arbetsförmedlingens specialister samt att de som arbetar inom etableringen deltar i befintliga samarbetsforum, se bild nedan.



Utgångspunkter för arbetet har varit att Försäkringskassan är en naturlig samarbetspartner när det gäller samordning av rehabilitering i samband med sjukdom, även om personen saknar SGI samt att gemensam kartläggning är en väl etablerad metod som bör komma till användning för målgruppen nyanlända.

Arbetsförmedlarna har huvudansvaret för att genomföra etableringssamtal med nyanlända personer inför etableringsplanen. Vid en indikation på att det kan finnas någon form av problematik av social eller hälsokaraktär ska Arbetsförmedlingens specialister konsulteras. Det gäller även samtal där etableringsplanen fastställts.

I modellen har antalet samtal som förs innan etableringsplanen fastställs utökats, från i normalfallet ett samtal till tre stycken. Syftet är att tidigare upptäcka ohälsa. Fler antal samtal borde ge ökad och snabbare kännedom om individen. Samtalen bygger på teman om arbetserfarenhet, utbildningsbakgrund, social situation och fysisk och psykisk hälsa. Piloten har tagit fram ett frågeformulär som kan användas som stöd i samtalen (bilaga 3).

Konsultationsforum för arbetsförmedlarna har tidigare varit en timme per månad och har endast utnyttjats sporadiskt. Piloten föreslår istället två konsultationstillfällen i månaden samt att tiden utökas till två timmar per gång. De bedömer att arbetsförmedlare och specialister kommer att uppleva en större nytta med konsultationerna eftersom processen i de ärenden som tas upp blir mer kontinuerlig. Det antas även att bidra till ökat samarbete mellan arbetsförmedlare och specialister, vilket också borde gynna tidig identifikation av ohälsa.

Modellen omfattar också att arbetsförmedlare och specialister har ett gemensamt uppföljningssamtal med de nyanlända efter ett år.

Sfi, en nyckelaktör

Eftersom sfi-lärarna träffar de nyanlända så gott som dagligen har de ofta god kännedom om vilka behov och problem som finns. Därför valde piloten att titta närmare på samarbetet mellan Arbetsförmedlingen och sfi och undersöka former och arbetssätt för att fördjupa samarbetet. Inriktningen mot sfi har bestått av två delar:

- information till sfi i Örnsköldsvik och Kramfors om förstudien och generellt om Arbetsförmedlingens uppdrag kring arbetslivsinriktad rehabilitering
- presentation av ett screeningsformulär.

Informationen och tankegångar om ett fördjupat samarbete med sfi mottogs väl. Lärarna har inte haft kännedom om Arbetsförmedlingens verksamhet inom arbetslivsinriktad rehabilitering och lärarna har överlag varit positiva till det screeningsformulär som piloten presenterade.

Screeningsformuläret som piloten valt att jobba med har tidigare använts av Arbetsförmedlingen i Östersund. Formuläret består av sju bedömningsfrågor om personens förmåga att använda det svenska språket samt hur personen tillgodosör sig undervisningen.

Specialister från Arbetsförmedlingen har träffat rektorer, specialpedagoger och ansvariga lärare vid sfi i Kramfors och Örnsköldsvik för att informera om formuläret samt testa det. Det visade sig att sfi hade många egna frågor och funderingar om ett stort antal elever som antingen hade svårt att delta i sfi eller som avvek från förväntad inlärnings- och utvecklingstakt.

Den nyanlända ska vara med när screeningsformuläret fylls i så att hen blir delaktig i sin process, dels för att öka förståelsen, dels för att öka känsla av sammanhang.

De lärare som varit med i piloten har uppfattat formuläret som lättförståeligt och användarvänligt. Men anser att formuläret behöver kompletteras med frågor om sociala aspekter, till exempel hur eleven allmänt fungerar tillsammans med andra elever dels i klassrummet, dels i undervisningssituationen. Det behövs också ett skriftligt samtycke från personen.

Formuläret har använts på åtta personer. Sfi i Örnsköldsvik utgick från tidigare klassgenomgångar där skolan fångat upp elever med behov av anpassning eller som haft svårigheter av något slag. Syn- eller hörselnedsättning är vanligt förekommande funktionsnedsättningar som påverkar elevens inläringssituation. I flera fall är eleven själv omedveten om sin funktionsnedsättning. Även psykiska problem och hög frånvaro är vanligt förekommande. Svårigheter att lära sig tala och skriva svenska förekommer även utan att det finns ett tydligt orsaksmönster.

I Örnsköldsvik har alla kontakter mellan sfi och Arbetsförmedlingen gått via skolans specialpedagog som ansvarat för att inhämta samtycke hos eleven och tillsammans med eleven gå igenom och fylla i frågeformuläret. Därefter har sfi kontaktat Arbetsförmedlingen.

7.2.4 Slutsatser från piloten i Örnsköldsvik

Nedan följer de slutsatser som kommit fram i piloten i Örnsköldsvik.

Utnyttja befintliga forum för samverkan.

Samverkan med andra aktörer är nyckeln till en god integration. Det behövs inga nya arenor för samverkan. De forum för samverkan som idag finns på Arbetsförmedlingen där kommun och landsting finns representerade bör även omfatta etableringsärenden. Det gäller framförallt det samarbete som sker i Rondellen, där kommunens handläggare för ekonomiskt bistånd finns. Försäkringskassan kan i första hand bidra med kunskap inom försäkringsmedicin och vid behov samordna rehabilitering från flera aktörer.

Rutinerna kring det förstärkta samarbetet har piloten lyft till chefsnivå. Arbetsförmedlingen ska se över hur rutinerna kan se ut för etableringen. I detta arbete kommer också Försäkringskassan att vara en aktiv part. Försäkringskassan anser att metodiken i gemensam kartläggning kan användas för arbetssökande i etableringen om det finns ett behov av samordning. Försäkringskassan har en personlig handläggare som är på Arbetsförmedlingen en dag i veckan och ger stöd i försäkringsmedicinska frågor. Nu öppnar man upp för att arbetsförmedlarna inom etableringen också ska få ta del av denna resurs.

Utveckla samverkan inom rehabilitering genom LÖK

De erfarenheter som piloten gjort under förstudien ska lyftas upp i arbetet med den lokala överenskommelsen. Det gäller dels hur samverkan kan se ut, dels hur Arbetsförmedlingen internt metodiskt kan arbeta med att identifiera individer med funktionsnedsättning eller i behov av rehabilitering. I överenskommelsen bör man diskutera vilka konsekvenser ett utvecklat samarbetet får. I de kontakter man haft med framförallt landstinget framkom att det råder stor resursbrist. Därför blir det än viktigare att klargöra vad respektive samverkansaktör kan förvänta sig efter att man identifierat ohälsa och rehabiliteringsbehov. Det är viktigt att parterna noggrant analyserar sitt uppdrag och vad de kan bidra med i det gemensamma arbetet.

Med ett systematiskt arbetssätt som förstudien föreslår kommer fler individer med olika behov av stöd att identifieras. Frågan blir då att säkerställa att det finns resurser som tar vid och erbjuder rehabiliteringsinsatser, medicinska insatser mm.

Utveckla samarbetet med hälso- och sjukvården

Samarbetet med hälso- och sjukvården behöver utvecklas. Under förstudien bjöd piloten in en rehabiliteringskoordinator från landstinget. Syftet med mötet var att sprida kunskap om etableringsuppdraget och behovet av medicinska underlag från vården. Dessa underlag är av yttersta vikt för att bedöma prestationsförmåga och kan även påverka den nyanländas ekonomi i form av till exempel etableringsersättning, vårdbidrag, handikappersättning.

Piloten konstaterar att landstinget saknar en gemensam struktur för koordinatörerna och att deras uppdrag skiljer sig åt mellan hälsocentraler. Vissa koordinatörer arbetar heltid och har mandat att ta emot uppdrag från till exempel Arbetsförmedlingen och kan boka tid med en läkare. Andra koordinatörer arbetar på deltid utan mandat.

Hälsocentralernas kunskap om etableringen är oftast mycket begränsad och det är långa ledtider. Önskvärt hade också varit ett integrerat samarbete mellan inblandade myndigheter, och då helst samlokaliserade.

Vidareutveckla samarbetet med sfi

Gemensamt för nästan alla nyanlända, oavsett utbildningsbakgrund, är att de flesta studerar sfi. Där har personerna sin dagliga aktivitet och observeras av pedagoger med vana att träffa nyanlända. Ett förslag

är att vidareutveckla samarbetet med sfi och testa screeningformuläret för lärarna i större skala för att urskilja personers förutsättningar att tillgodogöra sig undervisning.

Involvera ideella sektorn

Civilsamhället och ideella sektorn bör tas tillvara i det lokala samarbetet. Detta är framförallt viktigt i etableringens initiala skede när civilsamhället ofta har aktiviteter på flyktingförläggningar. Ett förslag är att Arbetsförmedlingen Örnsköldsvik utser en kontaktperson som ideella organisationer kan vända sig till.

Kompetensutveckla personal

För att få tillgång till de samverkansytor som beskrivits ovan måste Arbetsförmedlingen internt se till att de som arbetar med etablering får kunskap om hur samarbetet fungerar och möjlighet att använda etablerade samverkansforum för sina ärenden.

Arbetsförmedlingens utvecklingsarbete

När förstudien inleddes hade färre än fem av 335 personer i etableringen en registrerad funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga. En slutsats är att arbetssättet behöver förändras. Det viktigaste är att avsätta tid för nyanlända initialt, vid inträdet i etableringen.

I nuvarande form arbetar alla arbetsförmedlare med allt i etableringen. Ett förslag är därför att kontoret utser några arbetsförmedlare som specialiserar sig på utredning och arbetslivsinriktad rehabilitering. Med ett specialiserat arbetssätt skulle arbetsförmedlaren bli trygg i att ställa känsliga frågor om hälsa och i att hantera den information som kommer fram i hälsosamtalen. En erfaren arbetsförmedlare med intresse för rehabilitering skulle kunna identifiera ohälsa snabbare och samarbetet med interna och externa funktioner bli effektivare. För att Arbetsförmedlingens specialister ska få djupare kunskap om etableringen och nyanländas förutsättningar föreslår piloten att specialister utses inom respektive yrkesområde som enbart arbetar mot etableringen. Det är också viktigt att specialisterna finns på plats utifrån aspekten lokalkännedom och samverkan med andra myndigheter och aktörer.

Enligt modellen i förstudien planerar Arbetsförmedlingen att ha konsultationer var 14:e dag, två timmar per träff. Detta innebär tre timmar mer i månaden för samarbetet. Ett effektivare samarbete bör rimligtvis öka möjligheterna för tidig upptäckt av ohälsa.

7.3 Halmstad

I följande kapitel redovisar Halmstad myndigheternas lokala samarbete för att identifiera personer i etableringen i behov av rehabilitering. Från Försäkringskassan har en samverkansansvarig (10 %) och en handläggare inom ansvarsområdet sjukförsäkring (25 %) medverkat. Från Arbetsförmedlingen har två arbetsförmedlare (30 %), en arbetsterapeut samt en psykolog (30 %) medverkat.

Halmstad har utgått från de erfarenheter som Försäkringskassan Halmstad har från ett nationellt metodutvecklingsprojekt (2012-2015). Projektet prövade ett koncept för samverkan både på strukturell och individnivå kring personer som har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom och som saknar SGI.²² Utvecklingsprojektet initierades eftersom flera studier visat på att ansvariga myndigheter var för

²² Nationellt uppdrag 2012 till Försäkringskassan i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting. Metoden har arbetats fram mellan Halmstad- och Laholms kommuner och Försäkringskassan i Halland. Den är sedan 2015 implementerad i samtliga sex kommuner i Halland. På nationell nivå har Försäkringskassans ledningsgrupp inom

sig har svårt att på ett effektivt sätt stödja personer med nedsatt arbetsförmåga som har en SGI. Det saknades också ett välfungerande strukturerat arbetssätt mellan myndigheterna. Dessutom var Försäkringskassans riktlinjer otydliga vad gäller hur samverkan bör ske kring personer med nedsatt arbetsförmåga som saknar SGI.

Utifrån förstudiens bakgrund, reflektioner från rapporter, studier och erfarenheter från bland annat MILSA-projektet²³ samt det nämnda utvecklingsarbetet i Halland har piloten valt att testa om delar av det arbetssätt som utvecklats i Halland är applicerbart för personer i etableringen. Fokus i arbetet har varit på individens process i etableringen.

7.3.1 Nuläge och aktuella arbetsprocesser i etableringen

I följande avsnitt redovisas processen att kartlägga den arbetssökandes förutsättningar för arbete i etableringen.

Arbetsförmedlingen får via Migrationsverket information om de personer som är aktuella för etableringsuppdraget. Personer som bor på anläggningsboende vid tidpunkten för meddelande om uppehållstillstånd har rätt till hjälp med bosättning via Arbetsförmedlingen.²⁴ Arbetsförmedlingen kallar dem till en gruppinformation och till ett efterföljande etableringssamtal.

Det första etableringssamtalet syftar till att upprätta ett bosättningsärende för att kunna anvisa personen till en kommun. Samtalet genomförs med hjälp av ett standardiserat frågeformulär. Det innehåller bland annat frågor om eventuella behov av anpassat boende på grund av funktionsnedsättning eller att planera för vårdkontakter. Redan i detta samtal kan ohälsa identifieras. I ett så tidigt skede av etableringen är den ohälsa som identifieras ofta tydlig i sin karaktär. I dessa fall finns en diagnos eller en identifierad social problematik. Personen har antingen en läkarkontakt eller kontakt med kommunens socialtjänst.

Så länge personen väntar på en anvisning till en kommun har Arbetsförmedlingen inte möjlighet att upprätta en etableringsplan.²⁵ Det innebär att personer som bor i Migrationsverkets boenden inte erbjuds aktiva insatser från Arbetsförmedlingen.

Personer som ordnat sitt boende på egen hand kallas till en gruppinformation om etableringsuppdraget. Efter detta genomförs ett enskilt etableringssamtal där Arbetsförmedlingen går igenom följande moment:

- att ansöka om etableringsersättning och etableringstillägg
- sekretessmedgivande
- att kartlägga personens resurser
- att bedöma förutsättningar att delta i aktiviteter (prestationsförmåga)
- att planera aktiviteter inom etableringsplanen.

sjukförsäkringen fattat ett inriktningsbeslut om att: Inom samordningsuppdraget bör Försäkringskassan samverka kring personer som inte har någon SGI och som har sin arbetsförmåga nedsatt på grund av sjukdom utifrån den metod som tagits fram i Halland. Nationellt pågår ett arbete för ett gemensamt inriktningsbeslut från SKL, FK och AF.

²³ MILSA – stödplattform för migration och hälsa (2015), Malmö Högskola, Länsstyrelsen Skåne m fl. Ett projekt med finansiering från Europeiska flyktingfonden.

²⁴ Från och med den 1 januari 2017 övertar Migrationsverket detta ansvar.

²⁵ Förordning (2010:409) om etableringssamtal och etableringsinsatser för vissa nyanlända invandrare.

Allt detta görs i normalfall i ett och samma samtal. Risken är därför stor att eventuell ohälsa inte blir identifierad innan ett beslut om etableringsplan tas.

När etableringsplanen är gjord genomför Arbetsförmedlingens sjukgymnast ett hälsosamtal med alla deltagare. Samtalet utförs utifrån ett lokalt screeningverktyg utformat för att fånga såväl psykiska, fysiska som sociala aspekter på hälsa. Syftet med detta samtal är att bedöma om aktiviteterna som planerats är anpassade utifrån individuella förutsättningar men även att tidigt identifiera ohälsa. Identifieras någon typ av ohälsa eller funktionsnedsättning som påverkar prestationsförmåga/arbetsförmåga kopplas relevanta specialister in i ärendet.

När aktiviteterna är planerade möter arbetsförmedlarna den arbetssökande vanligen i den öppna kundmottagningen. Till kundmottagningen kan de arbetssökande komma på spontanbesök eller till drop in-tider. Här berättar de ofta själva om det förekommer ohälsa av något slag och lämnar i förekommande fall även in medicinska underlag. Arbetsförmedlaren kallar också arbetssökande regelbundet för planering av nya aktiviteter. Även detta är tillfällen då ohälsa kan identifieras. Det förekommer även att anordnare av aktiviteter signalerar att deltagare mår dåligt.

En annan form av ohälsa som arbetsförmedlarna möter är kopplad till den sociala situationen. När ohälsa eller någon problematik har identifierats konsulterar arbetsförmedlaren en specialist. Detta sker vanligen genom regelbundna konsultationsmöten.

I Halmstad har arbetsförmedlare och specialister (sjukgymnast, socialkonsulent och psykolog) inom etableringsuppdraget var 14:e dag en gemensam ärendegenomgång av deltagare i etableringen. Syftet är att utnyttja hela den kompetens och erfarenhet som finns för att säkerställa att arbetssökande får det stöd och de insatser som är möjliga inom Arbetsförmedlingens ram för att nå en framgångsrik etablering. Vid mötet tydliggörs också om det finns behov av samordnad rehabilitering där fler aktörer bör engageras.

7.3.2 Test av modell och slutsatser från piloten i Halmstad

Arbetsförmedlingen i Halmstad identifierar ohälsa hos arbetssökande i etableringen men arbetssättet gemensam kartläggning blir sällan aktuell inom ramen för etableringstiden. Endast ett fåtal ärenden från etableringsuppdraget har aktualiserats. Arbetsförmedlingen anpassar aktiviteterna för flertalet deltagare med ohälsa eller sjukdom.

Processen att få fram de underlag som Försäkringskassan kräver för en gemensam kartläggning tar lång tid. Arbetsförmedlingen har, om den arbetssökande medger, möjlighet att efterfråga ett läkarutlåtande om hälso- och sjukvården hos den arbetssökandes vårdgivare. Men det tar oftast tid för hälso- och sjukvården att besvara dessa. Deltagarna inom etableringen har sällan en sjukdomshistoria i Sverige vilket gör att både Arbetsförmedlingen och hälso- och sjukvården börjar på noll i sin utredning. Och även om det finns medicinska underlag i ett ärende finns en risk att Försäkringskassan inte prioriterar arbetssökande från etableringen eftersom flertalet saknar sjukpenning.

Försäkringskassans kompetens behövs på ett annat sätt än bara i en gemensam kartläggning. Det är ofta en lång väg innan det finns en klarhet i vad ohälsa eller sjukdom innebär för den arbetssökandes deltagande i etableringsinsatserna:

- Kan den arbetssökande delta på heltid om aktiviteterna anpassas?
- Påverkar ohälsan arbetsförmågan?
- Hur tolkas det medicinska underlaget?

- Finns det behov av gemensamma insatser från båda myndigheterna samtidigt eller behöver Arbetsförmedlingen samverka med andra parter?

I kartläggningen av myndigheternas samarbetsprocess identifierade piloten följande utvecklingsområden:

- Utveckla arbetssättet
- Utveckla screeningverktyg/checklistor
- Konsultationsstöd mellan myndigheterna
- Kommunikationsverktyg med hälso-sjukvården
- Utvecklad samverkan med hälso-sjukvården
- Identifiera behov av kompetenshöjande insatser
- Utveckla de lokala överenskommelserna

Inom ramen för förstudien har piloten saknat förutsättningar för att arbeta vidare med områdena Identifiera behov av kompetenshöjande insatser och Utveckla de lokala överenskommelserna. Två av Arbetsförmedlingens medarbetare har deltagit i en grundutbildning i försäkringsmedicin och rehabiliteringssamordning som anordnats av Samordningsförbundet.

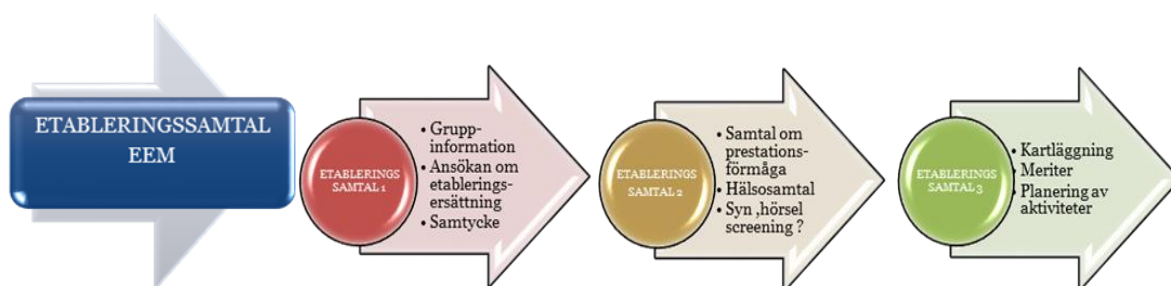
Utveckla arbetssättet

Kartläggningen av den arbetssökandes väg mellan myndigheterna visade att det behövs flera etableringssamtal och att varje samtal bör ha ett specifikt fokus: Information, att bedöma prestationsförmåga, att kartlägga utbildning och arbetserfarenheter samt att planera aktiviteter. Arbetsförmedlingen bör säkerställa att det sker en uppföljning av ohälsa under hela etableringsprocessen och att arbetssättet går att införliva i det systematiska arbetssättet.²⁶ För att kunna säkerställa att deltagare i etableringen får den rehabilitering de behöver är det en grundläggande förutsättning att såväl psykisk och fysisk ohälsa som funktionsnedsättning identifieras så tidigt som möjligt i etableringsprocessen.

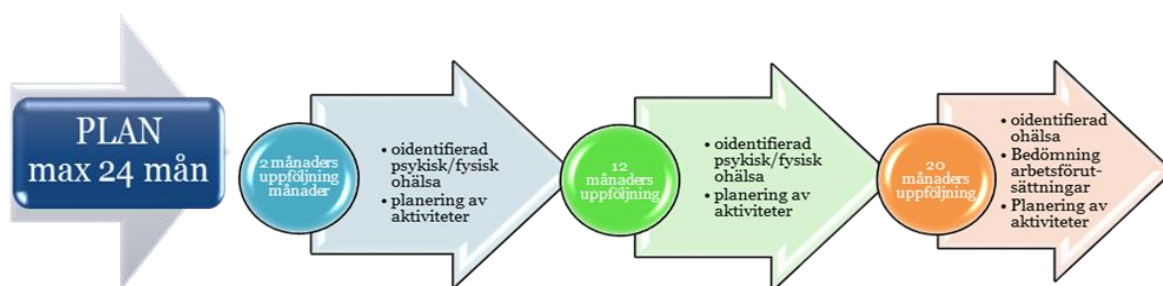
Piloten i Halmstad har utvecklat en process med fokus på att tidigt identifiera resurser, eventuell ohälsa och funktionsnedsättning (bilaga 4). När prestationsförmågan är bedömd och etableringsplanen fastställd är målet att utveckla arbetsförmågan.

Etableringssamtal sker i tre strukturerade möten inför beslut om etableringsplan, se bild nedan. Hälsosamtal med medverkan av specialist (sjukgymnast) görs i det andra etableringssamtalet, när arbetsförmedlaren ska bedöma deltagarens prestationsförmåga. Detta skiljer sig från det nuvarande arbetssättet då en specialist träffar deltagaren först när aktiviteterna är fastställda.

²⁶ Ett nationellt utvecklingsarbete som Arbetsförmedlingen genomför i syfte att kvalitetssäkra etableringsprocessen så att den arbetssökande får rätt insats i rätt tid oavsett kön, utbildningsbakgrund, hälsosituation, kunskaper i svenska språket eller andra bakgrundsfaktorer.



Två månader efter ett beslut om etableringsplan följer en arbetsförmedlare och en specialist (psykolog) upp aktiviteterna med deltagaren i trepart, se bild nedan. Detta skiljer sig också från nuvarande arbetssätt. Syftet med specialistmedverkan är att genom en riktad insats och bred kompetens i trepartssamtalet fånga upp ohälsa och funktionsnedsättning som inte kommit fram i det första skedet. Efter två månader har deltagaren startat upp aktiviteter och börjar befinna sig i ett sammanhang (bl.a. sfi). Detta kan innebära andra krav än vad som ställts tidigare. Det kan, för en del, vara en stressad situation och en psykisk påfrestning att inte själv kunna styra sin tid och sitt liv.



Bilden ovan visar att ytterligare uppföljningssamtal sker 12 och 20 månader efter beslut om etableringsplan (bilaga 5). Uppföljningssamtalet efter 20 månader har stor betydelse för de personer som inte nått arbete eller studier efter 24 månader. För att Arbetsförmedlingens fortsatta stöd till personen ska bli så bra och effektivt som möjligt är det viktigt att individens arbetsförutsättningar är utredda och klargjorda innan tiden i etableringen är slut. Sammanlagt innehåller etableringsprocessen tre uppföljningssamtal och tanken är att använda samma samtalsunderlag vid alla tillfällen. Specialisternas medverkar enbart vid de första två tillfällena, därefter vid behov.

Utmaningen är att utveckla aktiviteter för individer med identifierad ohälsa som leder till att deras arbetsförmåga utvecklas i så hög grad som möjligt. Arbetsförmedlingen behöver också utveckla samarbetet med hälso- och sjukvården så att studie- och arbetsförberedande insatser om möjligt kan ske parallellt med en medicinsk behandling. Samarbetet behöver även omfatta andra aktörer som arbetsgivare, kommunen, ideella sektorn med flera för att rehabiliteringen ska kunna ske i en sammanhållen process. Tidsaspekten är viktig för deltagarna i etableringen eftersom etableringsplanen pågår under en begränsad tid. Vetenskap och beprövad erfarenhet visar att tiden är en avgörande faktor i rehabiliteringen. Rehabiliteringsinsatser ska initieras så snart som möjligt när behovet uppstått. En nyckel till etablering för personer med ohälsa är att det finns tillgång till arbetsprövningsplatser på den öppna arbetsmarknaden. Utmaningen är att lösa detta för de individer vars svenska ännu inte är tillräckligt bra.

Utveckla screeningverktyg/checklistor

För att hitta en struktur för etableringssamtalen utvecklade piloten Arbetsförmedlingens befintliga samtalsstöd och tog även fram samtalsstöd för uppföljningssamtal. Piloten tog även initiativ till att

inventera de verktyg och metoder som psykologerna vid Arbetsförmedlingen använder i arbetet med arbetssökande i etableringen.

Samtalsstöden är utformade för att användas i ett tidigt skede för att identifiera ohälsa, fastställa aktiviteter i etableringsplanen utifrån Arbetsförmedlingens tjänster och även som ett material för att följa upp etableringsprocessens aktiviteter. Genusperspektivet beaktas genom att ställa samma frågor till både kvinnor och män om till exempel familjesituationen, om det finns barn eller andra familjemedlemmar som är beroende av personens dagliga omsorg. Att deltagaren har ett stort eget ansvar i etableringsprocessen tydliggörs bland annat genom att vid varje möte ställa frågan: Vad behöver du göra för att kunna ta nästa steg på vägen mot målet arbete eller studier?

Ambitionen är att samtalsstöden ska täcka alla områden som påverkar etableringsprocessen – arbetslivserfarenhet och utbildning, sociala faktorer, hälsa, mål och syn på framtiden – och att fokus är att få individen delaktig i sin etablering.

Samtalen syftar till att personen erbjuds aktiviteter i etableringsplanen som innebär att tiden används effektivt med rätt aktiviteter och insatser som för personen framåt. Samtalsstöden underlättar för arbetsförmedlaren att kartlägga förutsättningar för arbete, identifiera ohälsa och följa upp utvecklingen. Det blir en ”röd tråd” genom hela processen som blir förtroendeingivande. Arbetsmetoden säkerställer ett professionellt bemötande och skapar trygghet för personerna i sin process mot etablering.

Arbets sättet och samtalsstöden för etablerings- samt uppföljningssamtal efter två månader prövades på tre män och tre kvinnor som först blivit anmälda till Arbetsförmedlingen vid tidpunkten (20 februari 2016). Samtalsstöden för 12 respektive 20 månaders uppföljning har inte testats.

Konsultationsstöd mellan myndigheterna

Under förstudien identifierades behov av ökad kompetens hos projektets medarbetare, dels i försäkringsmedicin, dels om det förstärkta samarbetet. Eftersom gemensam kartläggning eller samordnade insatser sällan blir aktuellt förrän långt senare i den arbetssökandes process sker ingen kunskapsöverföring mellan medarbetarna kring dessa frågor. Piloten prövade istället att ha gemensamma konsultationer mellan medarbetarna på myndigheterna.

Både Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan har egna konsultationer i grupp där handläggare tar upp oidentifierade ärenden för att få råd och stöd att bedöma behov och handlägga ärendet. Hos Försäkringskassan deltar inom sjukförsäkringsområdet läkare och försäkringsmedicinsk rådgivare (FMR). Förstudien har inte haft någon resurs avsatt för FMR. Istället har en personlig handläggare från Försäkringskassan medverkat i Arbetsförmedlingens konsultationer mellan arbetsförmedlare och specialister. Försäkringskassans roll har varit att ge råd och stöd att bedöma ohälsans påverkan på en persons prestations- eller arbetsförmåga, att stödja i eventuella frågeställningar till hälso- och sjukvården samt att tidigt identifiera behov av gemensam kartläggning.

Piloten genomförde sex gemensamma konsultationer under elva veckor. Sammanlagt lyftes 20 ärenden till konsultation. Av dessa rörde handläggningen åtta kvinnor (40 %) och 12 män, vilket motsvarar fördelningen över andelen kvinnor och män i etableringen Halmstad.²⁷

²⁷ 16 mars 2016 inom etableringen (Halmstad) 675 deltagare, 265 kvinnor (39,3 %) och 410 män (60,7 %).

Både Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan kan spara tid och resurser genom att Försäkringskassan konsultativt bidrar med kompetens utifrån ett försäkringsmedicinskt perspektiv. Gemensamma konsultationer kan vara ett sätt att tidigt upptäcka ohälsa som påverkar arbetsförmågan, tidigare upptäcka de individer som är i behov av gemensam kartläggning och förhindra att framtida arbetsoförmåga uppstår.

Utvecklad samverkan med hälso- och sjukvården

Samarbetet med hälso- och sjukvården har varit ett prioriterat utvecklingsområde för piloten. Regionens rehab-koordinatorer respektive rehabsamordnare är nyckelpersoner i en utvecklad samverkan med Arbetsförmedlingen. Rehabsamordnarens roll är bland annat att stödja individen i hans rehabilitering genom att samordna hälso- och sjukvårdens olika insatser.

Utifrån behovet att utveckla en strukturell samverkan på individnivå tog förstudien initiativ till att bjuda in region Halland. Nedan redovisas några av de frågor som diskuterades:

- Rehabsamordnarna, en ingång till närsjukvården: Arbetsförmedlingen bjöds in till Nätverksmöte för alla rehabsamordnare i länet för att informera om etableringsuppdraget.
- Försäkringsmedicinsk utbildning för handläggare i Halland: Försäkringskassan och Region Halland höll gemensamt i en försäkringsmedicinsk utbildning för handläggare och chefer i Halland. Anmälningar till utbildningen lades upp på Samordningsförbundet Hallands webb. Arbetsförmedlare och specialister från projektet deltog i en utbildning den 27 april.
- Syn, hörsel, intellektuell funktionsnedsättning och trauma: Hur ser ingångarna till vården ut? Närsjukvården är första instans för individen. Posttraumatiskt stressyndrom som diagnos hanteras i närsjukvården och psykiatri. Närsjukvården eller egenremiss till habiliteringen är ingång för bedömning och stöd intellektuell funktionsnedsättning.
- Kommunikationsverktyg med hälso- och sjukvården.

Kommunikationsverktyg med hälso-sjukvården

Syftet med ett kommunikationsverktyg (bilaga 6) är att underlätta kommunikationen mellan Arbetsförmedlingen och hälso- och sjukvården och därigenom hanteringen av intyg för hälso- och sjukvården. När ohälsa eller sjukdom hindrar individen att genomföra aktiviteter hänvisar Arbetsförmedlingen till hälso- och sjukvården. Med kommunikationsverktyget får individen hjälp av en arbetsförmedlare eller specialist att beskriva sin ohälsa eller funktionsnedsättning och hur deltagandet i aktiviteterna påverkas. Arbetsförmedlare, eller specialisten fyller i kommunikationsverktyget tillsammans med arbetssökande. Det är individen själv som tar med sig underlaget till den bokade tiden på vårdcentralen. Hälso- och sjukvården bedömer diagnos och eventuella funktions- och aktivitetsbegränsningar. Läkaren fyller i kommunikationsverktyget eller utfärdar vid behov ett läkarintyg. Kommunikationsverktyget tillämpas idag mellan Socialtjänsten och Region Halland i samverkan med personer som saknar SGI.

Pilotstudien har, som beskrivits ovan, kartlagt den gemensamma processen mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Pilotstudien har också undersökt hur ohälsa kan identifieras tidigare, och med hjälp av vilka verktyg och modeller.

För att kunna utveckla och förbättra verktyg behövs hänsyn tas till nyanländas upplevelser av hälsa samt de hälsorelaterade hinder som finns till deltagande i etableringsinsatser. Dessa intervjuer presenteras i nästa kapitel.

8. Fokusgruppsdiskussioner

Syfte med fokusgruppsintervjuer var att inhämta kunskap om målgruppen nyanlända och att undersöka nyanländas syn och upplevelser av hälsa respektive ohälsa samt hälsorelaterade hinder till deltagande i etableringsaktiviteter, som också är delmål 4 i förstudien. För att kunna fånga behoven är det viktigt att involvera målgruppen i arbetet.

8.1 Metod och design

Studien är utformad utifrån en kvalitativ ansats. Den metod som användes för att inhämta kunskap om nyanländas erfarenheter och upplevelser av hälsa är fokusgruppsintervjuer. Syftet med studien var att undersöka nyanländas syn och upplevelser av hälsa, sjukdomar och etablering. Valet av denna metod baserades på behovet av att få djupare förståelse om denna målgrupp men också att involvera målgruppen i arbetet.

8.1.2 Fokusgruppsintervjuer

Metoden bygger på att man samlar 6-10 personer för att under ledning av en moderator samtala om ett begränsat antal teman. Detta gör det möjligt att utnyttja interaktionen mellan deltagarna för att förstå de olika föreställningarna om valda teman. Moderators roll är att se till att alla deltagare får komma till tals, se till att diskussionen hålls fokuserad och att följa upp intressanta frågeställningar (Wibeck, 2000; Dahlgren, 2007).

8.1.3 Deltagare

Majoriteten av personerna i etableringen deltar i olika aktiviteter på heltid. För att nå personer som ville medverka i förstudien valde vi därför att utgå från mötesarenor som nyanlända dagligen besöker.

Under förstudiens gång har samarbete etablerats mellan Somali Business Center i Malmö och Centrum för Samhällsorientering i Stockholms län. Dessa institutioner kommer i kontakt med nyanlända som omfattas av etableringen.

Deltagarna rekryterades genom de ovan nämnda institutionerna. Kriterierna för att delta i fokusgruppsintervjuerna var följande:

- att deltagaren är inskriven på Arbetsförmedlingen och har en etableringsplan (EPA), det vill säga deltar i etableringsaktiviteter
- att grupp sammansättningen avspeglar blandningen av nyanlända som finns i Sverige (män, kvinnor, unga, medelålders och äldre)
- att deltagaren är bosatt antingen i Malmö eller Stockholm och att han/hon pratar arabiska, somaliska eller tigrinja.

8.1.4 Datainsamling

En frågeguide (bilaga 8) samt ett samtyckes- och informationsbrev togs fram och skickades till Somali Business Center och till Centrum för Samhällsorientering. Frågeguiden bestod av de frågeställningar som skulle diskuteras av deltagarna. Frågeställningarna behandlade fem områden:

- frågor om hälsa och information om hälsa och den svenska hälso- och sjukvården

- frågor om levnadsvanor
- frågor om bemötande
- frågor om sjukdomar
- frågor om jämställdhet.

Samtyckes- och informationsbrevet innehöll detaljerad information om projektet och syftet med fokusgruppsintervjuerna. I samtyckesbrevet beskrevs förutsättningar för att delta i fokusgruppsintervjuerna. Deltagandet var frivilligt och deltagarna blev informerade om möjligheten och rätten till att avbryta medverkan om så önskades.

Tolk i somaliska, tigrinja och arabiska anlätades. En genomgång av frågeguiden gjordes med tolken innan fokusgruppsintervjuerna genomfördes. Vid några tillfällen fick projektet hjälp av den ansvariga läraren. Intervjuerna varade 2 -3 timmar. Diskussionernas spelades in och anteckningar skrevs. Transkribering av anteckningarna från fokusgruppsdiskussionerna gjordes efter varje intervju.

I Malmö genomfördes intervjuerna vid Hyllie Folkhögskola/sfi och i Stockholm vid Elvira Kunskapscentrum AB.

Sammanlagt genomfördes tre fokusgruppsintervjuer i Malmö mellan mars och april 2016 och två fokusgruppsintervjuer i Stockholm mellan maj och juni 2016. Nedanstående tabell visar deltagarnas sammansättning.

Stad	Kön		Land
	Kvinna	Man	
Malmö			Somalia, Syrien, Marocko, Palestina
Grupp 1	12	3	
Grupp 2	12	3	
Grupp 3	8	3	
Totalt 41 personer			
Stockholm			Eritrea Yemen, Eritrea, Irak, Syrien
Grupp 4	8	4	
Grupp 5	6	6	
Totalt 24 personer			

Totalt medverkade 65 deltagare i fokusgruppsintervjuerna.

8.1.5 Analys

Analysarbetet²⁸ byggde på principerna för innehållsanalys såsom den beskrivs av Graneheim et al (2004); Wibeck (2000); Gillham (2008). Detta betyder att de utskrivna texterna lästes noggrant, och att en öppen kodning av meningsbärande enheter genomfördes för att kunna beskriva nyanländas syn på

²⁸ Intervjuer och analys arbetet har genomförts av Isis Nyampame (Försäkringskassan) med stöd av Mikael Karlsson (Arbetsförmedlingen) och Cornelia Gunnarsen (Arbetsförmedlingen)

hälsa, bemötande och jämställdhet., både på ett konkret (manifest) och ett mera abstrakt tolkande sätt (latent). Denna process innebar också ett ständigt jämförande av preliminära tolkningar och deltagarnas utsagor.

8.2 Resultat

Resultatet från fokusgruppsdiskussionerna är indelat i sex teman: *hälsa, tillgång till information om hälsa och hälso- och sjukvården; levnadsvanor före och efter ankomsten; bemötande av centrala institutioner; sjukdomar och jämställdhet*. Nedan presenteras nyanländas egna röster och erfarenheter från diskussioner om dessa teman.

8.2.1 Hälsa

Deltagarna beskriver hälsa som ett tillstånd av välmående och tillfredsställelse som kan uppnås om en individ har ett arbete, kan delta i dagliga aktiviteter, kan utföra vardagliga sysslor och mår bra mentalt.

”Hälsa är att kunna jobba och att kunna utföra alla vardagliga sysslor”.

Hälsa anses som en resurs och är inte enbart det fysiska utan även det psykiska välbefinnandet.

”Hälsa är det dyrbaraste som finns, det är livet själv”.

”Hälsa är motorn”.

”God hälsa innebär att man måste vara befriad från stressymptom. Om man är detta så blir också levnadsförhållandena bra”.

”God hälsa är när man kan sova på natten”.

”Många mår dåligt för att familjen/anhöriga är kvar i hemlandet. Det är en orsak till att man har hälsoproblem”.

”I Sverige måste man bygga upp ett eget immunförsvar istället för att använda antibiotika. Våra kroppar är vana vid antibiotika och får vi inte det så blir det ett problem”.

Många deltagare berättade att de faktorer som är avgörande för hälsa är bland annat en bra omgivning, frihet, god ekonomi och trygghet. Frånvaro av psykisk hälsa är en av de faktorer som påverkar hälsan negativt. Andra faktorer är avsaknaden av sin familj och brist på eget boende.

”Man har det svårt, man har ont inuti”.

”Man är frisk tack vare sin omgivning”.

”Att ha ett boende och att återförenas med sin familj är grundläggande för god hälsa”.

Deltagarna angav en rad människor som man kan prata med om sin hälsa: läkare, släktingar, kurator, närstående, rådgivare.

”Man pratar med de som är närmast, t.ex. sin hyresvärd, då kan man få råd och hjälp. Det vill säga man pratar med personer man har förtroende för”.

”Utifrån de råd man får kan man eventuellt söka sjukvård eller annan instans”.

8.2.2 Sjukdomar

Deltagarna nämnde ett antal hälsoproblem som är svåra att prata om med någon annan. Listan omfattar obotliga och smittsamma sjukdomar samt psykisk ohälsa, som exempelvis

- AIDS – HIV

- TBC
- cancer
- mental ohälsa/psykiska sjukdomar.

Deltagarna förklarade att anledningen till att man inte vill prata om dessa sjukdomar är – ”rädsla och oro för att dö. därutöver rädsla för att bli stigmatiserad, utpekad, utsatt och isolerad” på grund av detta. ”Det finns också olika sjukdomar som visar sig efter många år eftersom man blivit utsatt för olika kemikalier i samband med kriget”

8.2.3 Tillgång till information om hälsa och hälso- och sjukvården

Deltagarna talade om var man som ny i Sverige vänder sig när man är dålig. De flesta angav vårdcentraler, flyktinghälsa (hälso- och sjukvård för asylsökande) och akuten.

”Akuten är ingen bra plats att vara på”

Om man är dålig och inte kan delta i etableringsaktiviteterna, vänder man sig till en läkare som skriver ett intyg som styrker frånvaro. Informationen om hälsa och hälso- och sjukvården förmedlas genom olika kanaler, bland annat samhällsorientering, hälsokommunikatörer, olika föreningar, släktingar och lärare. Trots att man vet var man kan vända sig, framkom det under intervjuerna att det var många som avstod från att söka vård. Orsakerna till att man avstår från att söka vård är flera. Exempelvis upplevde många att de inte blir tagna på allvar.

”Vi får inte träffa läkare och när man har väl träffat en läkare får man ingen medicin utan uppmuntras att istället dricka vatten och vila upp sig”

”För att man vet att man inte får den hjälp man behöver. Man får ingen utredning och uppmanas bara att gå tillbaka till skolan”.

”Jag har varit hos läkare. Jag får inte hjälp. Han gav mig medicin men den blir jag trött av.”

”Läkaren kan inte hjälpa oss. Våra problem handlar inte om sjukdom. Det handlar om vår familj. Det enda alternativet är att resa tillbaka till Syrien.”

Andra hänvisade till långa och krångliga väntetider inom hälso- och sjukvården. Språksvårigheter och brist på tolk ansågs också vara hinder för att söka vård när det behövs. Ett annat skäl att inte söka vård vid behov är oro för att förlora sin ekonomiska ersättning.

8.2.4 Levnadsvanor före och efter ankomsten till Sverige

Deltagarna delade med sig av sina erfarenheter av levnadsvanor före och efter ankomsten till Sverige. De levnadsvanor som avhandlades under diskussionerna innefattade

- matvanor
- fysisk aktivitet
- alkohol
- rökning
- spel.

Nedan presenteras en sammanställning av de tankar som framfördes under diskussionerna.

Matvanor

Det har skett en förändring när det gäller matvanor bland deltagarna. Många sa att de nu har oregelbundna måltider som följd av olika åtaganden inom ramen för etableringens aktiviteter.

Tidigare matvanor från hemländerna upprätthölls i Sverige eftersom det finns affärer där de kan handla mat från hemlandet. De uppgav att det blir stora intag av kött och bröd, salt och socker. I hemländerna åt man mycket grönsaker. På grund av dålig ekonomi köper man grönsaker av sämre kvalitet. Ensamstående män uppgav att måltiderna påverkas av att familjen är splittrad och ovana att laga mat. De uppgav att maten som de serverades under asylperioden är annorlunda och svår att vänja sig vid.

”Matvanorna är annorlunda i Sverige gentemot i hemlandet. Det är svårt med den mat som serveras på asyl-/anläggningsboende”.

Fysisk aktivitet

Det finns en stor medvetenhet om vikten av fysisk aktivitet och dess positiva inverkan på hälsa.

”Vi vill ha något att göra när vi väntar på besked (vi vill ha mer aktiviteter än att bara gå till skolan)”

De framhävde att dem tar långa promenader i samband med de dagliga aktiviteter som de är involverade i. De betonade att man höll sig i form genom att vara aktiv och engagerad i barnens aktiviteter. Vädret ansågs som en faktor som begränsar många att delta i fysiska aktiviteter.

”Vädret är ett problem. Det var soligt i hemlandet. Här är det mycket kallt och man är tvungen att ha många lager av kläder. Det är jobbigt”.

Rökning

Förekomsten av rökning varierar bland de som medverkade i fokusgruppsintervjuerna. Vissa deltagare berättade att de röker vattenpipa.

Deltagarna berättade att rökning är vanligt förekommande bland ungdomar och att det var vanligt i hemländerna. De indikerade att detta berodde på avsaknad av information om hur skadlig rökning är.

”I Sverige får vi information om rökning och dess konsekvenser! Det är bra. Jag hade en son som rökte i hemlandet men när vi flyttade till Sverige och när han hörde hur skadlig rökning är slutade han.”

Alkohol

Många deltagare betonade att de drack måttligt medan andra poängterade att de inte drack alls på grund av sin religionsuppfattning.

Spel

Att spela om pengar är ovanligt bland deltagarna i fokusgruppsintervjuerna.

”Vi spelar kort men inte om pengar”.

8.2.5 Bemötande av centrala institutioner

Överlag tyckte många av deltagarna att de blir bra bemötta av de centrala institutioner som de kommer i kontakt med under etableringstiden, det vill säga Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Skatteverket och sjukvården. Vissa uttryckte sitt missnöje i kontakten med socialtjänsten. Man upplever att det dröjer länge innan man kan få den hjälp som man behöver.

”Det tog flera månader innan jag blev kallad till ett möte med en socialsekreterare på kommunen”

Språket är också ett problem i mötet med myndigheter.

”Man hamnar i ett utanförskap och i en passivitet eftersom språksvårigheter gör att man inte kan söka eller få ett jobb”.

8.2.6 Jämställdhet

Frågorna om jämställdhet hade sin utgångspunkt i den svenska jämställdhetspolitiken och dess övergripande mål som bygger på att kvinnor och män ska ha samma möjligheter att forma samhället och sina egna liv. Nyanlända tillfrågades om de kände till jämställdhetspolitiken och hur de fick information om den samt på vilket sätt de tillämpade denna i vardagen. Därutöver diskuterades jämställdheten i hemländerna i jämförelse med Sverige.

Generellt kände många till den svenska jämställdhetspolitiken. Informationen om den hade de fått genom samhällsorienteringskursen.

”I Sverige är kvinnor och män likvärdiga”

Däremot undrar de över varför kvinnor och män inte har samma lön trots att de utför samma arbetsuppgifter. En del ensamstående kvinnor berättade att de får hjälp av sina söner hemma. Män betonade att de hjälpte till med hushållet och var involverade i sina barns aktiviteter.

Även om majoriteten av deltagare i fokusgruppsintervjuerna är positiva till jämställdheten, finns det vissa som ställer sig frågande till hur kvinnor påverkas negativt när jämställdheten missbrukas. De menade att jämställdheten har gått till överdrift.

”När kvinnor gör vad som helst för att hävda sina rättigheter kan det leda till problem i hushållet. En kvinna som lämnar sina barn och sin man hemma och går ut och dricker och kommer hem följande dag har problem. Detta är ingen jämställdhet. Jag kallar det för anarki och jag sätter ett stort kryss på det”.

Jämställdhet i hemländerna ser olika ut beroende på varifrån man kommer. Deltagarna uppger att i de flesta arabiska länderna saknar kvinnor rättigheter. Trots att vissa kvinnor var högtbildade skötte de hemmet medan männen var ute och arbetade och försörjde familjen. Men de betonade att kvinnorna inte var förtryckta även om de stannade mest hemma. Kvinnorna från dessa länder betonade att det var egen vilja och inget påtvingat val.

”Män hade mer kontroll, kvinnor var mest hemma och skötte hushållet och ansvarade för matlagningen och barnuppfostran”

”Kvinnan är drottningen i hemmet”

Deltagarna pekade också på en förändring som sker i hemländerna när det gäller jämställdheten.

”Jämställdheten ökar och utvecklas, nuförtiden delar män och kvinnor på olika ansvar”

Jämställdhet öppnar också många möjligheter för kvinnor i Sverige.

”I mitt hemland har kvinnor lidit mycket på grund av kriget. Nu får jag möjlighet att utbilda mig”

”Jämställdhet är bra: man är självständig”

Flera deltagare upplever att majoritetsbefolkning har fördomar om nyanländas värderingar om jämställdhet.

”Många tror att vi är förtyckta och andra tycker att vi förtycker våra kvinnor. När en granne ringer och säger att någon slår en kvinna då kommer polisen direkt. Men när någon ringer och säger att det är inbrott så kommer de inte. De har förutfattade meningar om att vi slår våra kvinnor.”

8.3 Slutsatser och diskussion

Syftet med fokusgruppsintervjuer var att undersöka nyanländas upplevelser av och syn på fem utvalda teman: hälsa, information om hälso- och sjukvården, levnadsvanor, bemötande och jämställdhet. Detta eftersom dessa teman påverkar kundgruppens deltagande i etableringsaktiviteter.

Resultatet visar att nyanländas hälsa påverkas av många faktorer. Familjesprittning, dålig ekonomi, trångboddhet, svårigheter till anpassning som följd av avsaknad av arbete och språksvårigheter är förekommande faktorer som bidrar till stress och ohälsa bland deltagarna. De faktorer som identifierats som hälsofrämjande är tryggheten i det nya landet, arbete, familjeåterförening, bostad, meningsfulla aktiviteter och att behärska språket. Tidigare studier har visat liknande resultat (Ikonen, 2015; Tibajev, 2016; SKL, 2016)

Majoriteten av våra deltagare anser att det är svårt att prata om psykisk ohälsa samt smittsamma och obotliga sjukdomar (cancer, HIV, tuberkulos) av rädsla för att bli utstött, utpekad, stigmatiserad, isolerad och att hamna utanför gemenskapen. De vanligt förekommande sjukdomarna bland deltagarna uppges vara sjukdomar som är förknippade med levnadsvanor och livsvillkor: Diabetes, högt blodtryck, hepatit, malaria, brist på vitamin D, gula febern och skabb/hudproblem.

Allvarliga sjukdomar beskrevs som obotliga och dödliga: cancer, hiv, tuberkulos. (Se också Asli et al 2010; Nkulu et al 2016; Röda Korset; 2016)

Levnadsvanor hade förändrats sedan ankomsten. Oregelbundna matvanor blev ett resultat av ett späckt schema i samband med deltagandet i etableringsaktiviteterna. Fysisk aktivitet efterfrågades av många som en del av övriga aktiviteter.

Information om den svenska hälso- och sjukvården förmedlas genom en rad kanaler: Föreningar, genom samhällsorienteringen med hjälp av hälsokommunikatörer, anhöriga och vänner.

Anledningen till att nyanlända avstod från att söka vård trots behov berodde på att det tar lång tid att komma i kontakt med hälso- och sjukvården, språksvårigheter, upplevelser att inte tas på allvar och brist på tolk.

Bemötande i kontakt med centrala institutioner upplevdes som tillfredställande. Däremot beskrevs kontakten med kommunen som svår. Många kände att deras behov inte tillgodosågs.

Nästan alla tyckte att en bra arbetsförmedlare är avgörande för hur lyckad etableringen blir.

”Beslutet om att få stanna tar ofta lång tid och då lever man under en oerhörd press/lever i ovisshet”

9. Sammanfattande diskussion

Mot bakgrund till att det är få nyanlända som under tiden i etableringen har en dokumenterad ohälsa, har syftet med denna förstudie varit att undersöka verktyg och arbetssätt som ska underlätta upptäckten av ohälsa bland nyanlända i ett tidigt skede i etableringsprocessen. I detta sammanhang är det viktigt att påpeka att Arbetsförmedlingens uppdrag framförallt är att kartlägga den arbetssökandes resurser och förmåga för att matcha mot arbete och studier, inte att identifiera ohälsa. Att sjukdom och funktionsnedsättning ändå har en framträdande betydelse i etableringen går dock att relatera till Arbetsförmedlingens skyldighet att bedöma rätten till plan vid sjukdom eller nedsatt prestationsförmåga.

Den statistik som finns pekar entydigt på mycket låg sjukfrånvaro och en låg andel med nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom bland de arbetssökande i etableringen. Förstudien visar också att ohälsa identifieras, arbetssökande berättar om sitt mående och det finns verktyg och metoder men systematik och uppföljning kan brista.

Den pressade situation som råder inom etableringen med många personer som beviljas uppehållstillstånd ställer krav på väl fungerade arbetsprocesser. I pilotkontorens arbete betonas de inledande etableringssamtalen och vikten av uppföljning också med externa parter. Tidig medverkan från specialisterna för att kartlägga den arbetssökandes resurser och förmågor ses som betydande för att även identifiera funktionsnedsättning och ohälsa. Erfarenheter från specialister inom syn-, döv- och hörselverksamheten understryker också att information till arbetssökande och arbetsförmedlare och tidiga systematiska frågor om syn och hörsel gör att behov tidigare kan identifieras. Det är därför av vikt att frågor om arbetsförutsättningar finns och följs upp i Arbetsförmedlingens ordinarie utvecklingsarbete av ett systematiserat arbetssätt.

Fokusintervjuerna ger vid handen att arbetssökande upplever att det är svårt att prata om psykisk ohälsa. Vården är inte alltid ett alternativ som de söker till för att få hjälp. Det finns rädsla för psykisk sjukdom. Den stress som de beskriver är till stor del relaterad till migrationen. En del skulle kunna hanteras genom att erbjuda nyanlända personer verktyg genom förbättrad information och dialog på modersmålet. Både Länsstyrelsen (Milsa och utvecklad utbildningsplattform för samhälls- och hälsokommunikatörer) och SKL (Psykisk hälsa) har tagit initiativ till insatser på området. Ett eventuellt genomförande som berör insatser på detta område bör planeras i samråd med dessa initiativ.

Den andra delen av förstudiens syfte har varit att, när ohälsa är identifierad, vidta lämpliga åtgärder för att möjliggöra för berörda personer att få fotfäste på arbetsmarknaden i enlighet med lagen om etableringsinsatser. Förstudien visar på att det gemensamma arbetssätt som finns mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan genom det förstärkta samarbetet inte fungerar för personer som har en etableringsplan. De kriterier och metoder som finns inom det förstärkta samarbetet går sällan att uppfylla under etableringstiden. Det gäller framför allt kravet på att det ska finnas ett medicinskt underlag som styrker att arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom. Vad som är ohälsa eller sjukdom, om det är ohälsa eller sjukdom som påverkar arbetsförmågan och på vilket sätt arbetsförmågan påverkas behöver utredas. Kompetens behövs från flera verksamheter i bedömningen. Piloterna lyfter försäkringsmedicin som ett gemensamt utbildningsområde.

När det gäller personer som saknar SGI uppfattas riktlinjerna för den samordnade rehabiliteringen som otydliga. Mellan kommun och hälso- och sjukvård finns samordnad individuell planering (SIP) att

tillämpa när det finns ett behov av att samordna insatser. SIP regleras i Socialtjänst- och hälso- och sjukvårdslagen.²⁹ Arbetsförmedlingens samverkan med hälso- och sjukvården är däremot inte reglerat.

I både Halmstad och Örnsköldsvik har förstudien visat på möjligheter till en utvecklad samverkan mellan Arbetsförmedlingen och hälso- och sjukvården. Försäkringskassan har verkat för att bjuda in till och förankra ett utvecklingsarbete inom befintliga strukturer med region/landsting. Att underlätta hanteringen av intyg och att bedöma aktivitetsförmåga samt samarbetet med rehabkoordinatörerna är exempel på konkreta utvecklingsområden i ett genomförande. Både region/landsting och Försäkringskassan är centrala parter i ett sådant arbete. Utifrån den arbetssökandes behov av insatser är både Arbetsförmedlingen och kommunen givna parter. Ett eventuellt genomförandeprojekt bör leda till svar på hur samordningen ska organiseras för dem som saknar SGI. Den viljeinriktning som tecknats mellan myndigheterna och SKL om samverkan kring personer som saknar SGI och som har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom uttrycker ett nationellt stöd för ett sådant regionalt och lokalt utvecklingsarbete.

Ett annat instrument som finns att tillgå är de lokala överenskommelserna som tecknas inom etableringen. Förstudien gör tydligt att de avdelningar som arbetar med nyanlända i etableringen lokalt inte är delaktig i de generella samverkansforum som finns kring rehabilitering. Det är av särskild vikt att sådana samverkansytter identifieras och att etableringen integreras i dem.

Kommuner, landsting, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan har i denna förstudie beskrivits som nyckelaktörer för gruppen nyanlända i etablering som uppvisar ohälsa. Inte minst har förstudien visat på det stora behovet som finns av samverkan dem emellan. Dessa aktörer har genom lagen om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser³⁰ möjlighet att lokalt samordna sina rehabiliteringsinsatser till enskilda genom att bilda samordningsförbund³¹. I dagsläget finns drygt 80 samordningsförbund³² spridda i landet. Förstudien ser att dessa skulle kunna ha en viktig roll i genomförandet av förstudiens identifierade utvecklingsområden på flera sätt: Den finansiella samordningen ökar möjligheterna och förbättrar förutsättningarna för aktörerna att tillsammans identifiera stödbehov inom etableringen och tillgodose dessa genom specifika insatser, speciellt i situationer som kräver ett gemensamt engagemang vid sjukdom och funktionsnedsättning. Den finansiella samordningens syfte är att ge individer som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser stöd, så att dessa uppnår eller förbättrar sin förmåga att utföra förvärvsarbete³³. Samordningsförbunden är alltså en befintlig struktur för samverkan som skulle kunna användas för personer i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser i etableringen.

Den finansiella samordningens målgrupper inkluderar personer med psykiska eller fysiska besvär liksom personer med sociala och arbetsmarknadsrelaterade behov. Målgrupperna kan alltså vara kunder, arbetssökande, brukare eller patienter från såväl Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, kommunen eller hälso- och sjukvården. Nyanlända i etablering i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser tillhör följaktligen den finansiella samordningens målgrupp.

²⁹ HSL (3 f §) och SoL (2 kap. 7 §).

³⁰ Lag (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser

³¹ Samordningsförbund bildas lokalt i landet mellan Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, en eller flera kommuner och ett eller flera landsting, och är en frivillig form av samverkan. Ett samordningsförbund är ett fristående organ som möjliggör samordnade rehabiliteringsinsatser både operativt och strukturellt.

³² SUS (Sektorsövergripande system för Uppföljning av Samverkan och finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet)

³³ Uppföljning av finansiell samordning- redovisning enligt Försäkringskassans regleringsbrev 2015, Dnr 003749-2016

Den nationella ESF- förstudien Finsam:s roll i framtidens välfärd identifierar samverkan kring nyanlända som ett spår för ett genomförande. Fler beröringspunkter med denna förstudie är:

- samordningsförbunden skulle kunna vara en aktör som erbjuder stöd till de individer där samordnade rehabiliteringsbehov identifierats
- samordningsförbundens struktur skulle kunna användas för att förenkla kopplingen mellan hälso-och sjukvården och övriga parter
- samordningsförbunden skulle kunna vara en part i utvecklingen kring de lokala överenskommelserna inom ramen för etableringen
- samordningsförbundens struktur skulle kunna användas för behovet av kompetensutvecklingsinsatser

10. Förslag till utvecklingsområden – Med utgångspunkt i resultaten, vad behöver göras i en genomförandefas?

Förstudien har visat på det stora behovet av samverkan kring nyanlända i etableringen och flera förslag på utvecklingsområden som är möjliga att genomföra, antingen inom myndigheternas ordinarie utvecklingsarbete kring en samordnad rehabilitering eller som en eller flera piloter i ett genomförandeprojekt.

Förstudien ser samordningsförbunden som en samverkansplattform och viktiga aktörer i det fortsatta utvecklingsarbetet och i genomförande av olika insatser.

Tre områden har identifierats specifikt inom den samordnade rehabiliteringen:

1. Förstärk och utveckla samarbetet kring samordnad rehabilitering inom ramen för de lokala överenskommelserna i etableringen.

Genom att identifiera gemensamma samverkansytor och integrera målgruppen för etableringen kan erfarenheter, kunskap och nätverk tas till vara. Det förstärkta samarbetet mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan är ett exempel på en sådan arena.

2. Förtydliga och avgränsa ansvarsområden vid rehabiliteringsbehov för dem som ingår i etableringen.

Delar av den modell som testats och implementerats i Halland kring utvecklad samverkan med hälso- och sjukvården (samverkan med rehab-koordinatörer och kommunikationsverktyg kring intyg) är konkreta områden.

3. Öka kunskapen hos medarbetare och chefer som samverkar i den lokala överenskommelsen.

Exempel på kompetenshöjande insatser som kan vara aktuella:

- om målgruppens förutsättningar och behov
- normkritiskt förhållningssätt, bemötande och likaperspektiv
- försäkringsmedicin och rehabilitering
- samverkan, samordnad rehabilitering och parternas ansvar och roller i det lokala samarbetet.

Med utgångspunkt i resultat från fokusgruppsintervjuer samt resultat från pilotstudien förslås följande förslag för det fortsatta arbetet:

1. Utred hur hälsofrågor kan följas upp systematiskt i de verktyg som används för att upprätta etableringsplanen. Detta arbete kan genomföras inom ramen för det pågående systematiska arbetssättet inom Arbetsförmedlingen. (Se också förslaget från Halmstad). Det kräver dokumentation och kontinuerlig systematisk uppföljning. Identifiera vilka insatser som behövs och gör en bedömning om specialister ska kopplas in eller om personer ska aktualiseras hos vården.

Ansvarig: Arbetsförmedlingen

2. Etablera och stärk samverkan mellan Arbetsförmedlingen och de aktörer som erbjuder utbildning och andra aktiviteter för nyanlända, till exempel sfi och arbetsplatser där nyanlända utbildar sig och verkar. Dessa kanaler är viktiga när det gäller tidigt upptäckt av ohälsa bland nyanlända. Det bör finnas en form av återkoppling mellan dessa aktörer, d.v.s. mellan arbetsförmedlare och exempelvis sfi-lärare. Detta kan göras inom ramen för uppföljningssamtalen (se också förslaget från Örnsköldsvik).

Ansvarig: Arbetsförmedlingen

3. Utveckla modulen om hälsa i samhällsorienteringen. Öka kunskapen om psykisk ohälsa, smittsamma och obotliga sjukdomar, deras orsaker och inverkan på hälsa.

Ansvariga: Länsstyrelserna i samarbete med Arbetsförmedlingen och kommuner, regioner och det civila samhället.

4. Skapa goda förutsättningar och meningsfulla hälsofrämjande aktiviteter i samråd med nyanlända som deltar i etableringen på heltid eller deltid. Detta arbete kan ske i samarbete med det *civila samhället* (föreningar, idéburna organisationer, intresseorganisationer etc.)

Ansvariga: Arbetsförmedlingen, länsstyrelserna och det civila samhället

5. Utred hur fysisk aktivitet kan integreras i de övriga etableringsaktiviteterna.

Ansvariga: Arbetsförmedlingen, länsstyrelserna och det civila samhället (samt de aktörer som erbjuder samhällsorientering)

6. Sprid studiens resultat till berörda aktörer i syfte att öka kunskapen om nyanländas hälsosituation.

Ansvariga: Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, länsstyrelserna, Migrationsverket samt SKL

Bilageförteckning

1. Handlingsplan för horisontella principer
2. Omvärldsanalys
3. Etableringssamtal
4. Processkarta
5. Uppföljningssamtal 1, 2 och 3
6. Kommunikationsverktyg
7. Statistik
8. Frågeguide
9. Projektorganisation

Isis Nyampame

Bilaga 1

Handlingsplanen för horisontella principer

Syfte

Syftet med handlingsplanen är att belysa hur horisontella principer såsom jämställdhetsintegrering, tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning samt likabehandlingsperspektivet bör beaktas i arbetet. Dessa aspekter kommer att ingå i varje delmål i projektet.

Nedan följer en beskrivning av hur varje princip ska beaktas i arbetet.

Jämställdhetsintegrering

Begreppet ”jämställdhetsintegrering” (Gender mainstream) myntades vid FNs kvinnokonferens i Peking 1995. På konferensen antogs en handlingsplan för att främja jämställdhetsarbetet. I handlingsplanen betonades vikten av att arbeta strategiskt och systematiskt med jämställdhetsfrågor på alla nivåer i samhället. Sedan dess används jämställdhetsintegrering som ett redskap och som en strategi för att förstärka jämställdhetsarbetet. Enligt Europarådet definieras jämställdhetsintegrering som:

”Omorganisering, förbättring, utveckling, och utvärdering av beslutprocesser, så att ett jämställdhetsperspektiv införlivas i allt beslutfattande, på alla nivåer och i alla steg av processen, av de aktörer som normalt sett deltar i beslutfattande”

I Sverige har jämställdhetsintegrering används som strategi för att uppnå de jämställdhetspolitiska delmålen:

Målet för jämställdhetspolitiken är att kvinnor och män ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv.

Utifrån detta arbetar regeringen med fyra delmål:

- **En jämn fördelning av makt och inflytande.** Kvinnor och män ska ha samma rätt och möjlighet att vara aktiva medborgare och att forma villkoren för beslutfattandet.

- **Ekonomisk jämställdhet.** Kvinnor och män ska ha samma möjligheter och villkor i fråga om utbildning och betalt arbete som ger ekonomisk självständighet livet ut.
- **Jämn fördelning av det obetalda hem- och omsorgsarbetet.** Kvinnor och män ska ta samma ansvar för hemarbetet och ha möjligheter att ge och få omsorg på lika villkor.
- **Mäns våld mot kvinnor ska upphöra.** Kvinnor och män, flickor och pojkar, ska ha samma rätt och möjlighet till kroppslig integritet.

Genus

Genus handlar om konstruerade värderingar, föreställningar och normer om kvinnor/ män; pojkar/flickor. Dessa normer reproduceras och är befästa genom en maktordning där kvinnor och flickor ofta är underordnade män och pojkar när det gäller resurser, positioner och andra privilegier i samhället.

Genusanalys

Vi har gjort en genusanalys för att kunna inventera och undersöka hur ett genusperspektiv kan integreras i alla delar av projektet. Analysen är genomförd i tre steg.

- Inventering
- Uppföljning
- Utvärdering

Steg 1. Inventering (Hur ser det ut?)

I första steget har en inventering av statistik om kvinnor och flickor i etableringen på nationell och lokal nivå gjorts. Därutöver har en genomgång av vissa verktyg som använts inom etableringen utförts. Syftet med detta arbete var att undersöka hur män och kvinnor samt personer med funktionsnedsättning är inkluderade i etableringen. Den senaste statistiken från Arbetsförmedlingen om personer inskrivna i etableringen i februari i år visar att det var 20 697 kvinnor (42,2%) och 28 338 män (57,8%). Av de med pågående etableringsplan finns 837 personer med funktionsnedsättning (1,7 %). Av dessa är 341 kvinnor (41,7%) och 496 män (59,3%).

Vi har också tittat på hur det ser ut i de orter som ingår i pilotstudien. I Örnsköldsvik hade 85,7 procent av antalet kvarstående i etableringsuppdraget en pågående etableringsplan (EPA). Av dessa är 102 kvinnor (35,5 %) och 185 män (64,5 %). Av de med pågående etableringsplan finns en person (man) med funktionsnedsättning (0,4 %). I Halmstad hade 89,4 procent av antalet kvarstående i etablerings- uppdraget en pågående etableringsplan (EPA). Av dessa är 234 kvinnor (38,2 %) och 379 män (61,8%). 23,5% av kvinnor i Halmstad var föräldralediga. Av de med pågående etableringsplan finns åtta personer med funktionsnedsättning (1,3 %). Av dessa är två kvinnor (25 %) och sex män (75 %).

Tidigare studier har visat att kvinnor inte deltar i etableringsaktiviteterna i samma utsträckning som män (SOU 2012:69;Larsson, 2015). Det finns en rad bakomliggande faktorer till lågt deltagande av kvinnor i etableringen, bland annat: låg utbildning, kultur och annan syn på arbetsmarknaden. Dock saknas konkreta åtgärder och strategier för att involvera fler kvinnor i etableringen.

Steg 2. Uppföljning (Vad kan göras?)

Inom ramen för vårt arbete, har vi identifierat två områden att fokusera på när det gäller att införliva horisontella principer i alla delmålen:

1. Arbetssätten

Med arbetssätten menas processer, rutiner, strukturer som präglar rehabiliteringsprocessen inom Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.

- ✓ Hur arbetar AF och FK med jämställdhetsintegrering i rehabiliteringsprocessen?
- ✓ Hur beaktas personer med funktionsnedsättning i rehabiliteringsprocessen?
- ✓ Har personalen grundläggande kunskap i HP frågor?
- ✓ Hur ofta behandlas dessa frågor? Hur görs uppföljning av dessa frågor?
- ✓ Har personalen grundläggande kunskap i normkritik?
- ✓ Finns det en uttalad strategi för att arbeta med HP frågor?

2. Verktyg

Verktyg refererar till checklistor och metoder som används av etableringshandläggare och arbetsspecialister inom etableringen.

- ✓ Hur synliggörs behov bland kvinnor/ män och personer med funktionsnedsättning i de verktygen?

Steg 3. Utvärdering och förslag till åtgärder

Nedan följer en beskrivning av hur horisontella principer ska integreras i alla delmålen.

Delmål 1

Kartlägga den gemensamma processen mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan samt undersöka hur ohälsa kan identifieras i ett tidigt skede av etableringstiden.

Åtgärder

- ✓ Ta fram statistik som belyser hur kvinnor/män samt personer med funktionsnedsättning inkluderas i rehabiliteringsprocessen (till ex. hur ser det ut när det gäller förmåner och ersättningar som ingår i socialförsäkringssystemet) Hur ser det ut när det gäller olika arbetsmarknadsåtgärder? Hur inkluderas män/kvinnor och personer med funktionsnedsättning i åtgärderna? Finns det en utarbetad strategi?
- ✓ Ta fram en checklista som vägledning i pilotstudien
- ✓ Anordna en workshop med syfte att öka kunskap om horisontella principer bland projektmedlemmar (Ämnen att belysa: Jämställdhet ur ett folkhälsoperspektiv, horisontella principer, kulturkompetens samt exempel på metoder att använda i jämställdhetsarbetet (4R metoden), Normkritik (medvetandegöra hur vi påverkas av våra värderingar, förutfattade meningar i våra yrkesroller)

Ansvariga

- ✓ Avdelningen för analys och prognos (FK), Statistikenheten (AF)
- ✓ Projektgruppen/projektmedlemmar

Tidplan

Januari – maj

Delmål 2

Kartlägga existerande screeningverktyg och identifiera om det finns behov av nya

Åtgärder

- ✓ Göra en översyn av vissa verktyg och titta på hur de är utformade. Hur synliggörs män/kvinnor och personer med funktionsnedsättning i dessa dokument? Hur hanteras målgruppernas behov?

Ansvariga

- ✓ Projektgruppen

Tidplan

- ✓ Löpande

Delmål 3

Identifiera liknande projekt inom samma område och ta tillvara erfarenheter därifrån

Åtgärder

- ✓ Hitta projekt som har kvinnor och personer med funktionsnedsättning som målgrupp. Hur arbetar dessa projekt? Vilka lärdomar och erfarenheter kan dras från dessa projekt? Vad finns det för goda exempel?

Ansvariga

- ✓ Delmålsansvariga/Projektgruppen

Tidplan

- ✓ Januari – mars

Delmål 4

Undersöka nyanländas syn på och upplevelser av hälsa/ohälsa samt hälsorelaterade hinder till deltagande i etableringsaktiviteter.

Åtgärder

- ✓ Sträva efter en jämn könsfördelning av deltagare i fokusgruppsdiskussioner. Ta tillvara på upplevelser hos män/kvinnor och personer med funktionsnedsättning, identifiera och dokumentera deras erfarenheter och behov

Ansvariga

- ✓ Delmålsansvariga/Projektgruppen

Tidplan

- ✓ Mars – maj

Delmål 5

Undersöka möjligheten att involvera aktörer i ett eventuellt genomförande.

Åtgärder

- ✓ Föra en diskussion med berörda aktörer om hur kvinnor/ män och personer med funktionsnedsättning bör involveras i genomförandefasen?
- ✓ Finns det en strategi för detta? (Uppsökandeverksamhet? Andra kanaler)

Ansvariga

Delmålansvariga/Projektgruppen

Tidplan

Löpande

Delmål 6

Ta kontakt med relevanta aktörer när det gäller transnationellt samarbete, framförallt Tyskland

Åtgärder

- ✓ Hitta projekt som har kvinnor och personer med funktionsnedsättning som målgrupp. Hur arbetar dessa projekt? Vilka lärdomar och erfarenheter kan dras från dessa projekt? Vad finns det för goda exempel?

Ansvariga

Delmålansvarig/ projektgruppen

Tidplan

Löpande

Därutöver behöver förstudien tillse att ett jämställdhets- och likabehandlingsperspektiv genomsyrar arbetet

Åtgärder

- ✓ Ta fram en handlingsplan för HP-frågor
- ✓ HP- frågor hålls levande genom kontinuerlig dialog med lokala samarbetspartners

Ansvariga

Delmålgruppsansvarig/ projektgruppen/ projektmedlemmar

Tidplan

Löpande



Försäkringskassan



Arbetsförmedlingen

Omvärldsanalys

Bilaga 2

Delmål 3. Identifiera liknande projekt inom samma område och ta tillvara erfarenheter därifrån

Bakgrund

Det bedrivs en mängd aktiviteter och projekt om nyanlända i landet. Vi har därför begränsat oss till de projekt och studier som har fokus på hälsa i vid bemärkelse (holistiskt perspektiv- fysisk och psykisk hälsa). Vi har också undersökt projekt och studier som har inkluderat nyanlända kvinnor i sin verksamhet. En sammanställning av identifierade studier och projekt enligt ovan nämnda kriterier gjordes och presenteras i nedan tabell.

De frågor som vi har försökt besvara i vår sökning är följande:

- ✓ Hur hittar vi den information som vi söker? Vilken metod som ska användas för att hitta relevant information? Vilka databaser är relevanta? Vilka andra källor som ska tas hänsyn till?
- ✓ Vilka sök ord ska användas i sökningen? Vilka är inkluderande och exkluderande kriterier?
- ✓ Hur dokumenteras resultaten? Namn på projekt, målgrupp, metod (om relevant), resultat (Lärdomar, erfarenheter)

Vi har använt oss av olika databaser såsom SKL databas om projekt, Pub Med, PsycInfo; Sofisam, Delmi, Eurostat; STATIV,); därutöver har vi sökt information på olika webbsidor hos aktiva aktörer som arbetar med nyanländas frågor (Länsstyrelserna, Migrationsverket,

Röda Korset och olika samordningsförbund). Kontakt har tagits med en rad projektledare för de projekt som vi har bedömt relevanta för vårt arbete.

Namn på projekt	Målgrupp/ syfte	Lärdomar	Metod
1) MILSA-Projektet(Al- Adhami, 2015; Ikonen, 2015; MILSA, 2015)	✓ Hur mår nyanlända? ✓ Hur fungerar rutiner för verktygen såsom arbets- och prestationsbedömningar, hur ✓ kan hälsofrämjande insatser införlivas i EPA? ✓ Hur kan levnadsvanor främjas bland nyanlända? (fysisk aktivitet) ✓ Hur kan funktionen ”hälsokommunikation” harmoniseras?	✓ Hälsa som helhet (psykisk, fysisk, social hälsa), fokus läggs på bestämningsfaktorer ✓ Rehabkoordinator är viktiga (länken till hälso- och sjukvården) ✓ Väl fungerande samverkan mellan olika aktörer, A och O ✓ Synliggör det arbete som utförs av det civila samhället	PREMO (Metoden handlar om hur olika psykosocialt stödjande aktiviteter utifrån behov kan erbjudas deltagare i etableringen)
2) Etableringen ur ett hälsoperspektiv	✓ Vad finns det för beredskap inför mottagandet och etablering av flyktingar i Västernorrland?	✓ Projektet sammansluter en rad aktörer som arbetar med ovan frågor på olika sätt. ✓ Samverkan är en förutsättning för ett lyckat arbete (myndigheter, kommuner, landsting, det civila samhället) ✓ Finns ingångar och tydliga beröringspunkter för en eventuell genomförandefas.	



EUROPEISKA UNIONEN
Europeiska socialfonden



Försäkringskassan



Arbetsförmedlingen

Namn på projekt	Målgrupp/ syfte	Lärdomar	Metod
3) Funktionsförhinder i etableringen(Folkhälsomyndigheten., 2014; Fundberg, 2012; SFS 2010:197; SIOS, 2014; Socialstyrelsen., 2009, 2015)	✓ Hur mår personer med utländsk bakgrund som har någon form av funktionsnedsättning?	✓ Intervju / fokusgruppsdiskussion är bra metoder att inhämta kunskap om ohälsa hos personer med utländsk bakgrund. ✓ Det saknas kunskap om nyanländas med någon form av funktionsnedsättning hos de tjänstemän som kommer i kontakt med dessa.	(Arbetet pågår,slutrapport i slutet av april)(Fernbrant & Cantor -Graae, 2011)
4) Matdamerna (Jämtland)(Danielsson, 2004; Svenska ESF- rådet, 2015)	✓ Ett framgångsrikt projekt (socialföretag) som består av kvinnor med utländsk bakgrund som lagar och säljer sin mat. Kvinnorna är självförsörjande.	✓ Det går att mobilisera kvinnor	✓ Uppsökandeverksamhet
✓ Röda korset	✓ Anordnar läxhjälp och språkträning för nyanlända ✓ Har sociala mötesplatser där många nyanlända kan träffas ✓ Ger psykologisk hjälp på Röda Korsets Center för tortyrskadade	✓ Samverkan mellan olika aktörer	✓ Behandling av traumatiserade asysökande och nyanlända ✓ I samarbete med andra aktörer anordnar studiecirklar,självhjälpsinsatser samt hälsofrämjande aktiviteter. ✓ PREMO (



EUROPEISKA UNIONEN
Europeiska socialfonden



Försäkringskassan



Arbetsförmedlingen

Namn på projekt	Målgrupp/ syfte	Lärdomar	Metod
			testas)
5) Framgångsfaktorer för effektiva arbetsmarknadsprojekt riktade till utrikesfödda (IFFS – forskningsrapport 2014/6)	✓ Vad är framgångsfaktorer för att integrerar utrikesfödda på arbetsmarknaden?	✓ Valfungerande projektorganisation ✓ Hög grad av individuell planering ✓ Fördjupad samverkan ✓ Hög arbetsmarknadsfokus	Arbeta systematiskt
6) Samordningsförbund Östra Östergötland- Samverkan för en hälsosammare flyktingintroduktion	✓ Samverkan mellan Landstinget, SFI, Flyktingintroduktion	✓ Hälsoinriktade insatser för SFI studenter som led av fysiska, psykiska besvär	
7) Somali Business och Information Center (Malmö)	✓ Att stärka individer från Somalier och deras förutsättningar att starta eget företag samt träda på de reguljära arbetsmarknaden ✓ Öka antalet somaliskägda företag i Skåne ✓ Ökad förståelse för kulturella likheter och olikheter ✓ Deltagarna ska uppleva att de kommit närmare svenskarbetsmarknad/ökad möjlighet till jobb	✓ Framgångsrik samverkan med en rad aktörer såsom: • Länsstyrelsen • Region Skåne • Arbetsförmedlingen • Malmö stad • Kristianstads kommun • Eslövs kommun • Svalövs kommun • Ca 15 somaliska föreningar (Somaliska Paraply Organisation i Skåne)	



EUROPEISKA UNIONEN
Europeiska socialfonden



Försäkringskassan



Arbetsförmedlingen

Namn på projekt	Målgrupp/ syfte	Lärdomar	Metod
	✓ Majoriteterna ska uppleva förbättrat psykiskt och fysiskt välbefinnande		
8) Framgångsrika insatser för utlandsfödda med samordnade rehabiliteringsbehov (NNS)(Arbetsförmedlingen., 2012, 2015a, 2015b; Boogh Lindblom, 2015)	✓ Hur har olika samordningsförbund arbetat med samordnade rehabiliteringsbehov hos utlandsfödda?	✓ Delaktighet ✓ Individanpassat ✓ Bygga på befintliga strukturer ✓ Samverkan ✓ Långsiktighet ✓ Resurser ✓ Kompetensutveckling för personal ✓ Hälsofrämjande aktiviteter	
9)Finsam Lund	✓ Kartlägga utrikesfödda arbetssökande i Lund ✓ . Kartlägga de eventuella behoven som kan finnas för samordning av kontakter som den här gruppen har med Arbetsförmedlingen, Lunds kommun, Försäkringskassan och sjukvården.	✓ Samarbete med olika aktörer är nödvändigt vad gäller rehabiliteringsbehov av utrikesfödda personer i Lund. ✓ Kvinnor som kommer från patriarkala kulturer där det inte är förenligt med att kvinnan förvärvsarbetar eller utbilda sig har väldigt svårt att komma in på arbetsmarknaden i Sverige. Låg utbildningsbakgrund i kombination med avsaknad av arbetslivserfarenhet minskar deras chanser att kunna tillträda på den öppna arbetsmarknaden i Sverige. ✓ Upplevelse av olika värk problematik är också	

Namn på projekt	Målgrupp/ syfte	Lärdomar	Metod
		återkommande för dessa kvinnor när en planering mot arbetsrelaterade aktiviteter (t.ex. praktik) på börjas. I sådana situationer brukar det vara svårt att utreda orsaken till värkproblematiken. Det psykiska motståndet och stressen över förändringen i livsrutiner kan utlösa olika former av värkproblem. Men det kan också vara rent somatiskt relaterade problem som först visar sig i ett arbetsrelaterat sammanhang.	

Referenser

- Al- Adhami, M. (2015). *Förstudie MILSA - Hälsokommunikation i relation till samhällsorientering och etablering av nyanlända i Sverige*. Malmö: Länsstyrelsen Skåne.
- Arbetsförmedlingen. (2012). *Arbetsförmedlingens Återrapportering - Etablering av vissa nyanlända - Samverkan och samordning*. Stockholm: Arbetsförmedlingen.
- Arbetsförmedlingen. (2015a). *Arbetsförmedlingens återrapportering 2015 - Etablering av vissa nyanlända -statistik kring etableringsuppdraget*. Stockholm Arbetsförmedlingen.
- Arbetsförmedlingen. (2015b). *Utgångspunkter för lokala överenskommelser om nyanländas etablering*. Stockholm: Arbetsförmedlingen.
- Boogh Lindblom, S. (2015). *Tidig upptäckt av ohälsa och funktionsnedsättning inom etableringsuppdraget - En intervjustudie om Arbetsförmedlingens specialisters arbetsätt*. Karolinska Institutet, Stockholm.
- Danielsson, M. (2004). *Folkhälsa. Socialmedicinsk tidskrift 2*.
- Fernbrant, C., & Cantor -Graae, E. (2011). *Att navigera mellan kontroll och självbestämmande*. Malmö: Malmö Högskola Uppsala universitet Lunds universitet.
- Folkhälsomyndigheten. (2014). *Möten om hälsa*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.
- Fundberg, A. (2012). *Utan en klapp på huvudet - Etableringsuppdraget och hälsa*. Malmö: Länsstyrelsen i Skåne Län.



Försäkringskassan



Arbetsförmedlingen

- Ikonen, A. M. (2015). *Perspectives on the introduction program, health and well - being - Voices from newly arrived migrants*.
- MILSA. (2015). *MILSA - Stödplattform för migration och hälsa - Grunden läggs*. Malmö: Malmö Institute for Studies of Migration, Diversity and Welfare.
- SFS 2010:197. *Lag (2010:197) om etableringsinsatser för vissa nyanlända invandrare*.
- SIOS. (2014). *Överenskommelsen mellan regeringen, ideburna organisationer inom integrationsområdet och Sveriges Kommuner och Landsting - Paternas återrapporering*. Stockholm: SIOS.
- Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport 2009 - Migration och Hälsa*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2015). *Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter - Ett kunskapsunderlag för primärvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Svenska ESF-rådet. (2015). *Standard för jämställdhetsintegrering - Ett verktyg för dig som arbetar med Europeiska Socialfonden - i planering, programskrivande, genomförande, övervakning eller utvärdering på nationell, regional eller lokal nivå*. Stockholm: Svenska ESF-rådet.

ETABLERINGSSAMTAL

PRESTATIONSFÖRMÅGA

medverkan av specialist

DATUM:

PERSONNUMMER:.....

NAMN:

.....

1. Socialt

Hur är din familjesituation? Finns det barn eller andra familjemedlemmar som är beroende av din dagliga omsorg?

.....
.....
.....

Hur har Du ditt boende ordnat?

.....

Hur är trivsel i Sverige för Dig, barnen och maka/make?
skolgång, etablering osv

.....
.....
.....

Hur ser Ditt sociala nätverk ut?

familj, vänner, bekanta, släkt, föreningsliv....osv

.....
.....
.....

Vilka fritidsintressen har Du?

.....
.....
.....

Hur ser en vanlig dag ut i ditt liv idag?

.....
.....
.....

Hur såg en normal dag ut i hemlandet?

.....
.....
.....

2. Arbete/ Studier

Vad arbetade Du med i hemlandet? Studerade?

.....

.....

.....

När och med vad arbetade Du senast? Studerade?

.....

.....

.....

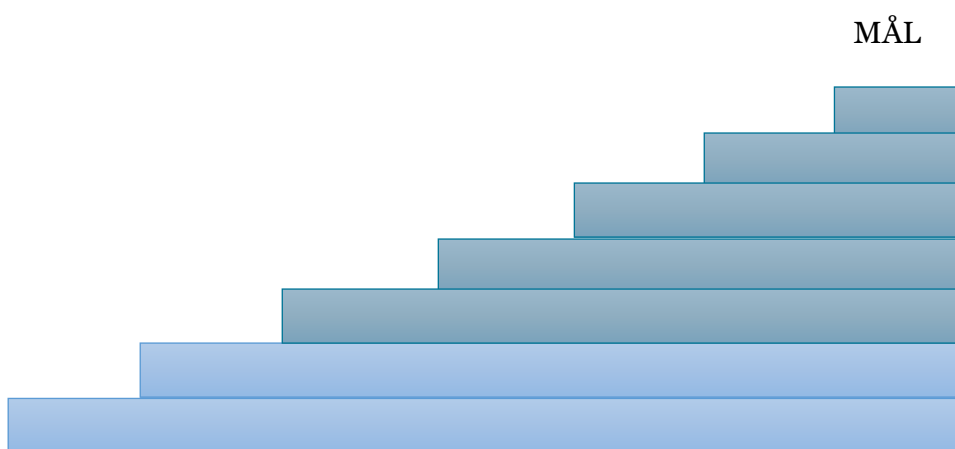
När Du tänker på din framtid i Sverige, vad har Du för mål?

.....

.....

.....

På vilket steg i trappan mot ARBETE/STUDIER är du?



Vad behöver DU göra för att kunna ta nästa steg?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Är det något mer Du vill prata om?

.....

.....

.....

.....

FOKUS PÅ HÄLSAN

Har Du kontakt med sjukvården? Har Du någon pågående vård eller behandling?

.....

Äter Du någon medicin?

.....

Hörselnedsättning, synnedsättning

.....

Värk smärta i kroppen

Minimalt

Maximalt

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

.....

Har Du några andra fysiska/psykiska problem som påverkar din vardag

.....



Försäkringskassan



Arbetsförmedlingen

Påverkades ditt arbete av fysiska eller psykiska problem?

ÖVRIGT

UTGÅ FRÅN DINA EGNA UPPLEVDA KÄNSLOR, ALLT FRÅN HEL FRÅNVARO AV(MINIMALT), TILL DET VÄRSTA DU VARIT MED OM (MAXIMALT).

Hopp om Framtiden

Hur ser Du på din framtid i Sverige

Minimalt

Maximalt

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sömnsvårigheter

Minimalt

Maximalt

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Oro/ ångest/ängslan

Minimalt

Maximalt

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Är Du en social person



Försäkringskassan



Arbetsförmedlingen

Minimalt

Maximalt

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sammanfatta – Hur vill Du beskriva hur Du mår idag

ÖVRIGT

SFI?

Koncentrationsförmåga

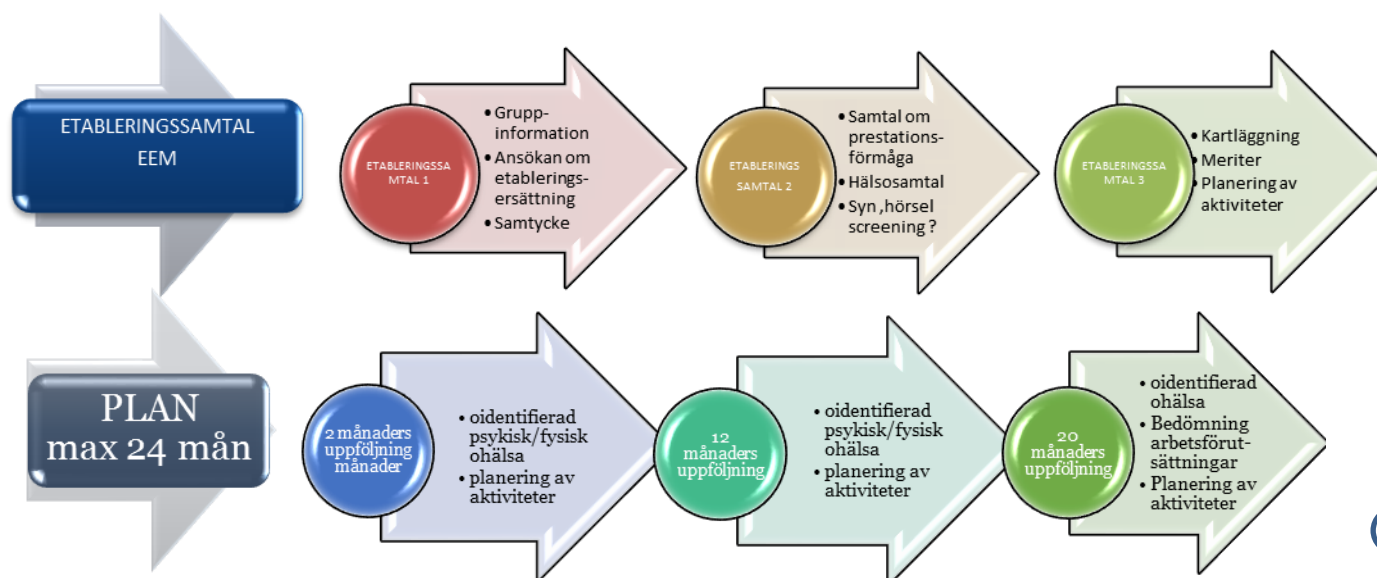
Minimalt

Maximalt

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

TILL ARBETSFÖRMÅGA

FOKUS PÅ TIDIG IDENTIFIKATION AV OHÄLSA OCH FUNKTIONSNEDSÄTTNING



Närhelst ohälsa identifieras under planprocessen initierar AF samverkan med berörda parter såsom FK, sjukvård, kommun osv,

Samtal 2 under EEM och samtal vid 2 månaders uppföljning genomförs med specialistmedverkan. Screeningverktyg utvecklas.

För uppföljningssamtal vid 2 månader, 12 månader och 20 månader utvecklas checklistor.

Under planprocessens 24 månader fångas också signaler upp om ohälsa från SFI, kompletterande aktörer osv.

Uppföljningssamtal 1, 2, 3

Bilaga 5

UPPFÖLJNINGSSAMTAL 1 efter 2 månader i plan
medverkan av specialist

DATUM: PERSONNUMMER:.....

NAMN:

Samtalets syfte: Uppföljning av aktiviteterna i plan. Uppdatering och vidimering av meriter. Identifiering av eventuella nytillkomna hinder i etableringsprocessen och behov av revidering av planen.

1. Aktiviteter

Har dina aktiviteter kommit igång?

.....
.....
.....

Hur fungerar aktiviteterna i din plan för dig?

.....
.....
.....

Vad är bra i aktiviteterna?

.....
.....
.....

Är det något Du saknar i aktiviteterna idag?

.....
.....
.....

Hur går det med svenska språket?

.....
.....
.....

Hur ser ditt arbetssökande ut?

.....
.....
.....

Är dina meriter uppdaterade och vidimerade?

.....
.....
2. MÅL

Hur ser ditt mål ut idag?

.....
.....
.....

Vilka delmål har Du?

.....
.....

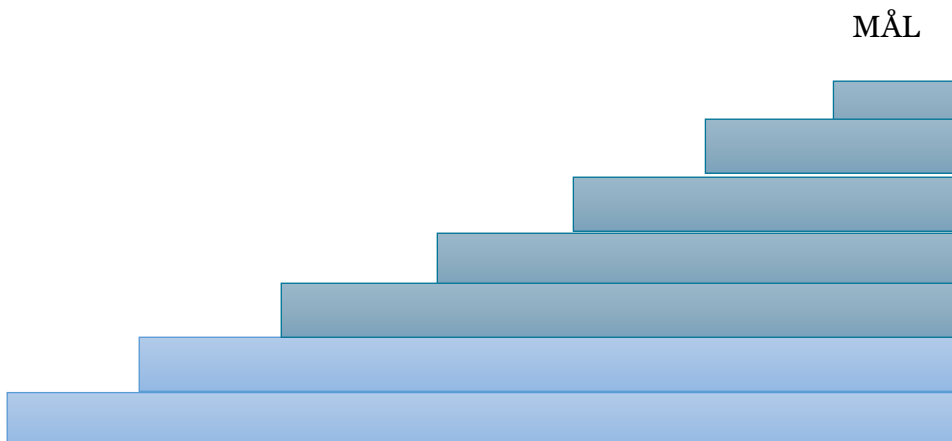
Finns det hinder på vägen mot ditt mål?

.....
.....
.....

Vad behöver Du göra för att få bort hindren?

.....
.....
.....

På vilket steg i trappan mot ARBETE/STUDIER är du?



Vad behöver DU göra för att kunna ta nästa steg? Ny planering

.....
.....
.....

3. Hälsa (uppföljning av "Fokus på hälsan")

Hur vill Du beskriva din hälsa idag?

.....
.....
.....

Hur ser Ditt sociala nätverk ut?

familj, vänner, bekanta, släkt, föreningsliv osv

.....
.....
.....

Vilka fritidsintressen har Du?

.....
.....
.....

Är det något mer Du vill prata om?

.....
.....
.....

UPPFÖLJNINGSSAMTAL 2 efter 12 månader i plan

DATUM: PERSONNUMMER:.....

NAMN:

Samtalets syfte: Uppföljning av aktiviteterna i plan. Uppdatering och vidimering av meriter. Identifiering av eventuella nytillkomna hinder i etableringsprocessen och behov av revidering av planen.

1. Aktiviteter

Har dina aktiviteter kommit igång?

.....
.....
.....

Hur fungerar aktiviteterna i din plan för dig?

.....
.....
.....

Vad är bra i aktiviteterna?

.....
.....
.....

Är det något Du saknar i aktiviteterna idag?

.....
.....
.....

Hur går det med svenska språket?

.....
.....
.....

Hur ser ditt arbetssökande ut?

.....
.....
.....

Är dina meriter uppdaterade och vidimerade?

.....
.....
.....

2. MÅL

Hur ser ditt mål ut idag?

.....
.....
.....

Vilka delmål har Du?

.....
.....
.....

Finns det hinder på vägen mot ditt mål?

.....
.....
.....

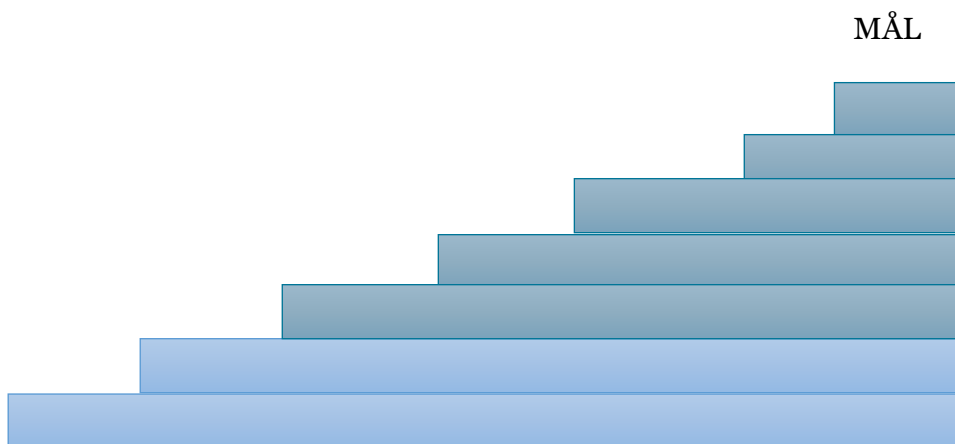
Vad behöver Du göra för att få bort hindren?

.....

.....

.....

På vilket steg i trappan mot ARBETE/STUDIER är du?



Vad behöver DU göra för att kunna ta nästa steg? Ny planering

.....

.....

.....

3. Hälsa (uppföljning av "Fokus på hälsan")

Hur vill Du beskriva din hälsa idag?

.....

.....

.....

.....

Hur ser Ditt sociala nätverk ut?

familj, vänner, bekanta, släkt, föreningsliv osv

.....

.....

.....

Vilka fritidsintressen har Du?

.....

.....

.....

Är det något mer Du vill prata om?

.....
.....
.....

UPPFÖLJNINGSSAMTAL 3 efter 20 månader i plan

DATUM: PERSONNUMMER:.....

NAMN:

Samtalets syfte: Uppföljning av aktiviteterna i plan. Uppdatering och vidimering av meriter. Identifiering av eventuella nytillkomna hinder i etableringsprocessen och behov av revidering av planen.

1. Aktiviteter

Har dina aktiviteter kommit igång?

.....
.....
.....

Hur fungerar aktiviteterna i din plan för dig?

.....
.....
.....

Vad är bra i aktiviteterna?

.....
.....
.....

Är det något Du saknar i aktiviteterna idag?

.....
.....
.....

Hur går det med svenska språket?

.....
.....
.....

Hur ser ditt arbetssökande ut?

.....

.....

.....

Är dina meriter uppdaterade och vidimerade?

.....

.....

.....

2. MÅL

Hur ser ditt mål ut idag?

.....

.....

.....

Vilka delmål har Du?

.....

.....

Finns det hinder på vägen mot ditt mål?

.....

.....

.....

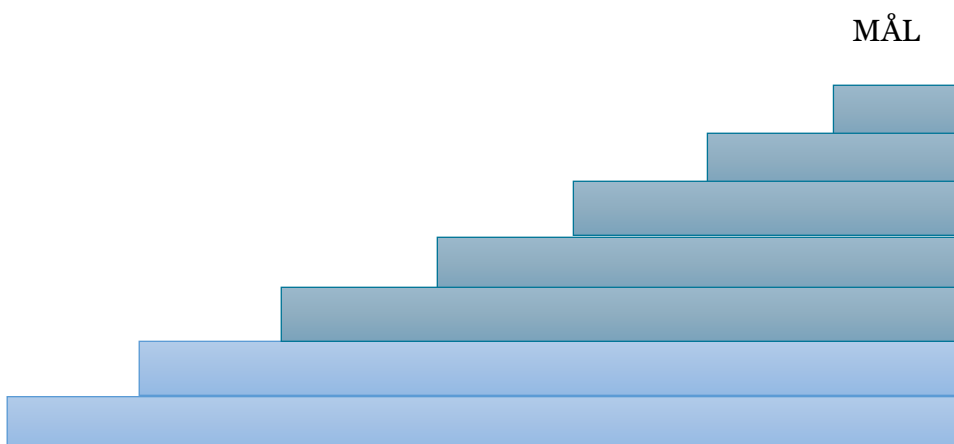
Vad behöver Du göra för att få bort hindren?

.....

.....

.....

På vilket steg i trappan mot ARBETE/STUDIER är du?



Vad behöver DU göra för att kunna ta nästa steg? Ny planering

.....
.....
.....

3. Hälsa (uppföljning av ”Fokus på hälsan”)

Hur vill Du beskriva din hälsa idag?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Hur ser Ditt sociala nätverk ut?

familj, vänner, bekanta, släkt, föreningsliv osv

.....
.....
.....

Vilka fritidsintressen har Du?

.....
.....
.....

Är det något mer Du vill prata om?

.....
.....

Kommunikationsverktyg

Bilaga 6

Underlag från Arbetsförmedlingen till läkare vid svårigheter att delta i aktivitet inom etableringsuppdraget

Namn: _____ Personnummer: _____

Behov av tolk, språk _____

Ovanstående person uppger att han/hon på grund av ohälsa/sjukdom har svårigheter att delta i planerade aktiviteter som består av att:

☐ Delta i SFI _____ timmar/vecka

☐ Delta i (ange aktivitet, omfattning timmar/vecka och eventuell tidsperiod)

☐ Övrigt: _____

Handläggare: _____

Telefon: _____ eller via mail: _____

Datum för läkarbesöket: _____

Har ovanstående person en sjukdom som hindrar att han/hon kan vara med i de här aktiviteterna på heltid eller delvis?

☐ **Ja**, Vänligen svara på Läkarintyg till Försäkringskassan, blankett 7263, och lämna intyget till ovanstående person

☐ **Nej**

☐ Eventuell medicinsk behandling inom sjukvården: _____

☐ Kan delta med följande anpassning: _____

Läkare, vårdenhets: _____

Underskrift: _____

Ifylld blankett lämnas till patienten som tar med sig den till Arbetsförmedlingen

Arbetsförmedlingens etableringsuppdrag

Arbetsförmedlingen har genom lagen (2010:197) om etableringsinsatser för vissa nyanlända invandrare ett övergripande ansvar för nyanlända personers etablering på arbetsmarknaden. Målgruppen för etableringsuppdraget omfattar nyanlända personer i arbetsför ålder (20-64 år) samt nyanlända i åldern 18-19 år utan föräldrar i Sverige med uppehållstillstånd som flyktingar eller skyddsbehövande. Även anhöriga, i samma ålder, som ansökt om uppehållstillstånd inom sex år från att personen som han eller hon har anknytning till togs emot i en kommun tillhör målgruppen för etableringsuppdraget.

Personens ersättning från Arbetsförmedlingen är kopplad till omfattningen av hens deltagande i aktiviteter som kan vara 25, 50, 75 eller 100 procent av heltid. 100 % (heltid) innebär krav på aktiviteter 8 timmar per dag (40 timmar/vecka).

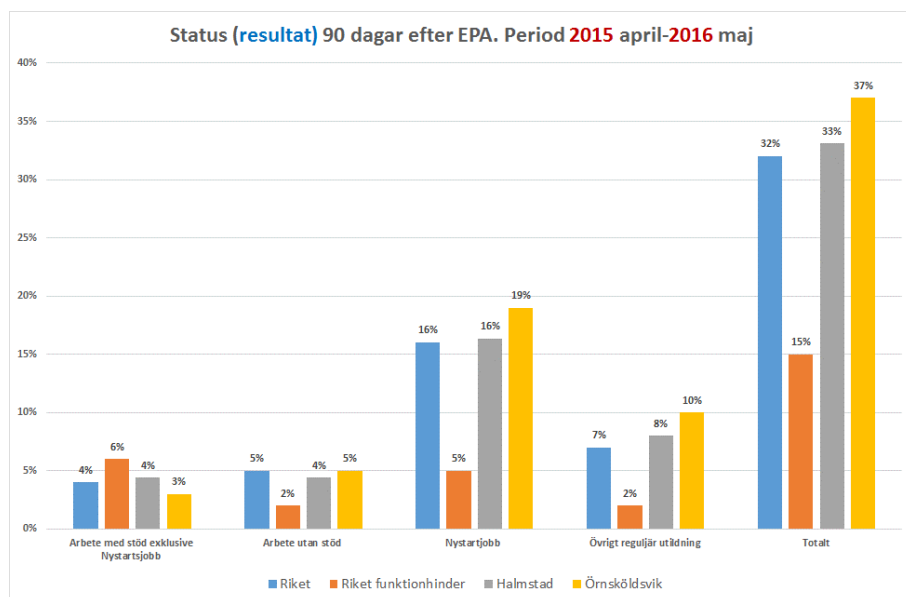
Deltagande i aktiviteter är ett villkor för att personen ska få ersättning från Arbetsförmedlingen.

- Exempel på aktiviteter är:
 - Svenska för invandrare (SFI)
 - Kartläggning av meriter och yrkeserfarenhet, skriva CV.
 - Arbetsplatsförlagd aktivitet
 - Arbetslivsinriktad rehabilitering
 - Arbetsmarknadsutbildning
 - Praktik och/eller validering av sina yrkeskunskaper på reell arbetsplats
 - Hälsofrämjande aktivitet, t ex medicinsk behandling, sjukgymnastik osv

Statistik

Bilaga 7

1. Status 90 dagar efter EPA³⁴



Perioden april 2015 – maj 2016

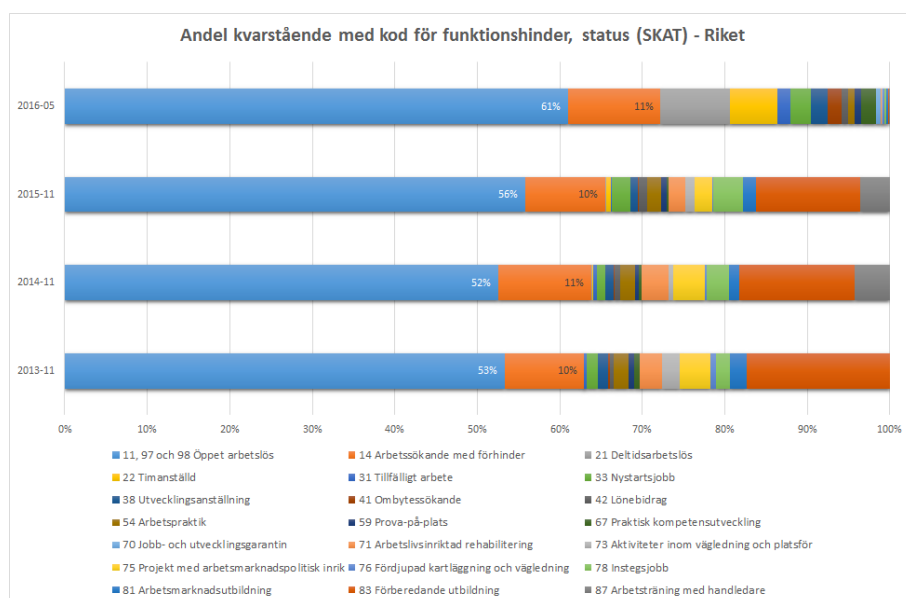
Resultat – till arbete och reguljär utbildning = 32 procent

Riket - funktionshindrade = 15 procent

Halmstad = 33 procent

Örnsköldsvik = 37 procent

³⁴ Etableringsplan



Totalt:

Antal

	nov-13	nov-14	nov-15	maj-16
Riket	615	848	841	900
Halmstad	3	7	8	11
Örnsköldsvik	4	7	3	2

Frågeguide

Bilaga 8

Förfrågan om deltagande i fokusgruppsdiskussioner om nyanländas rehabiliteringsbehov

Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen bedriver ett gemensamt ESF- finansierat projekt som syftar till att identifiera lämpliga verktyg och arbetssätt för att tidigt upptäcka och åtgärda ohälsa bland nyanlända i etableringen. Som ett led i detta arbete genomförs en förstudie som kommer att ligga till grund för en eventuell genomförandefas. Inom ramen för förstudien utförs en pilotstudie vid två kontor i Örnsköldsvik respektive Halmstad. Pilotstudien ska belysa erfarenheter och lärdomar från gemensamt samarbete kring nyanländas rehabiliteringsbehov.

Mot denna bakgrund planeras fokusgruppsintervjuer med nyanlända i etableringen bosatta i Stockholm och Malmö. Syftet med fokusgruppsintervjuerna är att inhämta kunskap om nyanländas syn på hälsa, ohälsa, arbetsförmåga, funktionsnedsättning samt tillhandhållen information om dessa frågor. Därutöver ska nyanländas upplevelser av bemötande i kontakt med viktiga institutioner under etableringstiden undersökas. Du är en av dem som inbjuds att delta.

Deltagande i studien är helt frivilligt och du kommer inte att behöva uppge namn eller andra personuppgifter. Du väljer om du vill besvara frågorna och kan avbryta ditt deltagande när du vill. Diskussionerna beräknas ta mellan 2 – 3 timmar. Diskussionerna leds av en moderator på svenska. Det kommer att finnas en tolk som översätter frågorna och svaren. Diskussionerna kommer att registreras på en bandspelare om du ger ditt samtycke.

Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen kommer endast att använda de insamlade uppgifterna i en slutrapport som du kommer att ta del av. I rapporten kommer ingen information att kunna härledas till enskilda personer. Övrigt användande av uppgifterna kommer inte att vara tillåtet utan medgivande från er. Projektet kommer att slutrapporteras i slutet av juli 2016.

Om du väljer att delta meddelar du verksamhetschefen (Dr. Amina Jama) som kontakter dig för att bestämma tid och plats för intervju. Om du har andra frågor om fokusgruppsintervjuer, kontakta:

Kontaktpersoner:

Försäkringskassan

Isis Nyampame

072-5809701

isis.nyampameumutesi@forsakringskassan.se

Arbetsförmedlingen

Cornelia Gunnersen

010- 486 3573

cornelia.gunnersen@arbetsformedlingen.se

Mikael Karlsson

010-4865524

mikael.b.karlsson@arbetsformedlingen.se

Tack för din medverkan!

Frågeguide

Nyanländas rehabiliteringsbehov

Hälsa Levnadsvanor Sjukdom och information

1) Hur skulle ni/du beskriva Vad god hälsa är? 2) Vad får ni/ du att må bra? 3) Om din hälsa är någorlunda bra eller dålig, har ni/ du sökt hjälp? 4) Om du inte har sökt hjälp för ditt hälsotillstånd, vad beror det på? 5) Hur känns det att prata öppet om din/er hälsa? 6) Vem/Vilka kan du prata med om din hälsosituation? Och varför? 7) Om ditt hälsotillstånd påverkar ditt deltagande i etableringsaktiviteterna känner du till var du ska vända dig för att få hjälp? 8) På vilket sätt får du information om hälsa/ hälso- och sjukvården? 9) Har du fått information om vilket stöd som finns att få när du drabbas av ohälsa eller någon form av funktionsnedsättning?	1) Skulle ni/du kunna beskriva hur levnadsvanor ser ut in er grupp? - Fysisk aktivitet - Matvanor - Alkohol - Rökning - Spel Före ankomsten (hemland) Efter ankomsten (i Sverige) Bemötande 1) Hur har du de senaste sex månaderna blivit bemött om du varit i kontakt med någon av följande institutioner? - Sjukvården - Socialtjänsten - Arbetsförmedlingen - Försäkringskassan - Skatteverket	1) Vad är sjukdom för er? 2) Vad är funktionsnedsättning för er? 3) Generellt, hur ser hälsosituationen ut i din grupp? 4) Vilka allvarliga sjukdomar förekommer i er grupp? 5) Vad beror detta på? 6) Vilka långvariga sjukdomar, funktionsnedsättningar förekommer? Ge ett exempel. 7) Vilken svårighetsgrad anser du att sjukdomarna, funktionsnedsättningen eller hälsoproblemet har? ✓ - Lindrigt ✓ Måttlig ✓ Svår ✓ 8) Påverkar detta ditt dagliga liv? 9) Påverkar detta ditt deltagande i EPA? 10) Har du fått hjälp och stöd för att kunna delta i EPA?
---	--	---

1) Är du ?

Kvinna ☐

Man ☐

Annat ☐

2) Vilken åldersgrupp tillhör Du?

☐ 18 -29

☐ 30 -39

☐ 40 - 49

☐ 50 – 59

☐ 60 -

3) Vilket är ditt nuvarande civilstånd?

☐ Gift/sambo

☐ Ensamstående/singel

☐ Frånskild/separerad

☐ Särbo

☐ Änka

4) I vilken stad bor du för närvarande?

☐ Malmö

☐ Stockholm

5) Hur bor du?

☐ Hyresrätt, 1:a eller 2:a hand

☐ Inneboende,

☐ studentlägenhet/rum

☐ Saknar bostad

6) Vilken skolutbildning har du? Ange högsta avslutade.

☐ Ingen

☐ 1-6 år

☐ 7-9 år

☐ 10-12 år

☐ Akademisk utbildning (Universitet/högskola)

☐ Annan utbildning, vilken?

7) Hur länge har du bott i Sverige?

☐ 0 – 2 år

☐ 3 – 5 år

8) Vilket land kommer du ifrån?

9) Hur länge har du deltagit i etableringsaktiviteterna?

10) Vilken är din nuvarande huvudsakliga sysselsättning?

Flera alternativ kan anges.

☐ Yrkesarbetar heltid

☐ Yrkesarbetar deltid/ ange timmar i vecka: _____

☐ Föräldraledig

☐ Studier, ange vad:

☐ Arbetspraktik

☐ Annan insats från Arbetsförmedlingen

☐ Arbetssökande

☐ Anhörigvård

☐ Sjukskriven

☐ Sköter eget hushåll

☐ Annat, skriv i rutan:

Projektorganisation

Bilaga 9

