LUND UNIVERSITY

Hälsa i centrum för etableringen

Bedömning av arbets- och prestationsförmåga inom etableringen av nyanlända

Vilhelmsson, Andreas; Östergren, Per-Olof; Cuadra, Carin

2015

Link to publication

Citation for published version (APA):
Vilhelmsson, A., Östergren, P.-O., & Cuadra, C. (2015). *Hälsa i centrum för etableringen: Bedömning av arbets- och prestationsförmåga inom etableringen av nyanlända*. Malmö Institute for Studies of Migration, Diversity and Welfare (MIM).

Total number of authors:
3

General rights
Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:
Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.
• Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
• You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
• You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: https://creativecommons.org/licenses/

Take down policy
If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

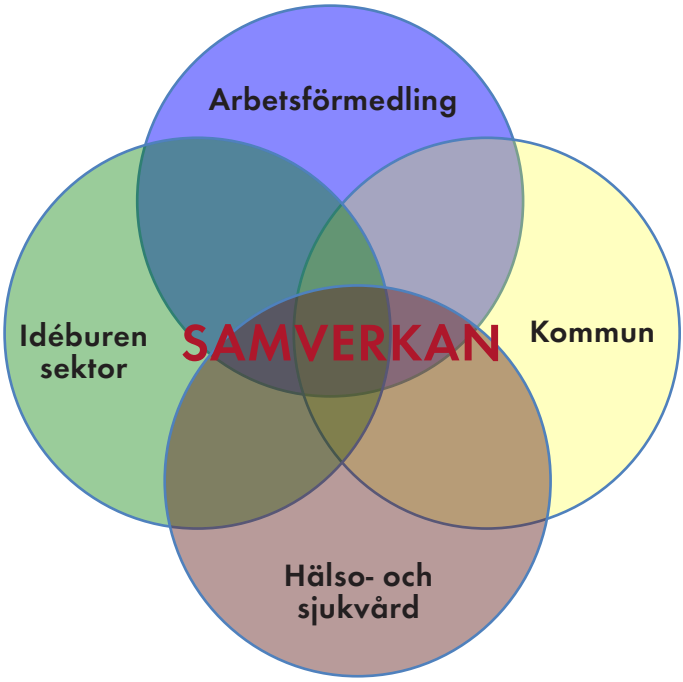
PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

FOU RAPPORT

ANDREAS VILHELMSSON
PER-OLOF ÖSTERGREN
CARIN BJÖRNGREN CUADRA

HÄLSA I CENTRUM FÖR ETABLERINGSPROCESSEN

Bedömning av arbets- och prestationsförmåga inom etableringen av nyanlända



EUROPEISKA UNIONEN
Europeiska flyktingfonden
Länsstyrelsen Skåne
MALMÖ HÖGSKOLA

© Malmö högskola (MIM) och författarna 2015
Illustration: Liselotte Olsson-Kulevska och Arbetsförmedlingen Malmö
Framsida: Andreas Vilhelmsson
ISBN 978-91-7104-645-1 (tryckt)
ISBN 978-91-7104-646-8 (pdf)
Holmbergs, Malmö 2015

Malmö högskola
Malmö Institute for Studies of Migration, Diversity and Welfare
(MIM)
SE-205 06 Malmö
www.mah.se/mim

HÄLSA I CENTRUM FÖR ETABLERINGSPROCESSEN

Bedömning av arbets- och prestationsförmåga inom etableringen av nyanlända

Andreas Vilhelmsson
Per-Olof Östergren
Carin Björngren Cuadra

Malmö högskola, 2015
MIM

Publikationen finns även elektroniskt,
se www.mah.se/muep

INNEHÅLL

INNEHÅLL 15

FÖRKORTNINGAR 17

INTRODUKTION 9

BAKGRUND 11
- Migration, hälsa och etablering 11
- Etableringsreformen 15
  - De nyanländas etablering 16
  - Prestationsförmåga och arbetsförmåga 18
  - Specialister och läkarutlåtande 19
  - Samverkan och samsyn 22

HÄLSA I CENTRUM FÖR ETABLERINGSPROCESSEN 24
- Vad är egentligen hälsa? 24
- Social hållbarhet och socialt kapital 25
- Vad är arbete och vilken roll har arbetet för hälsan? 27
- Hur kan den idéburna sektorn involveras i etablerings-processen? . 28

EN FÖRELÄSNINGS- OCH SEMINARIESERIE 31
- Förändringsprojektet 32
- Föreläsningsserie 36
- Riktat informations- och dialogseminarium - Fokus vård- resurser 40
  - De medicinska underlagen 41
- Rehabkoordinator – ”spindeln i nätet” 43
  - En effektiviserad vård 44
- En effektiviserad etableringsprocess 45
- Implementering 46

HUR KAN DE OFFENTLIGA SYSTEMEN ARBETA FÖR ATT FRÄMJA INKLUDERING? 48
Riksrevisionens granskning av etableringen 48
Närbyråkratens handlingsutrymme 49
Tydlig ansvarsfördelning 50
Matchning 51
Att involvera den idéburna sektorn 52
Hinder 52
Hälsan i centrum – att vända perspektivet 55
BILAGA 1 58
BILAGA 2 60
BILAGA 3 63

FÖRKORTNINGAR

Af	Arbetsförmedlingen
ABO	Anläggningsboende
ABT	Tillfälligt anläggningsboende
ABU	Aktivitetsbaserad utredning av arbetsförutsättning /arbetsförmåga
AFU	Aktivitetsförmågeutredning
APU	Arbetspsykologisk utredning
AR	Arbetslivsinriktad rehabilitering
ASU	Arbetssocial utredning
CNI	Care Need Index
DFA	Diagnos, funktionsnedsättning och aktivitets-begränsning
EBO	Eget boende
FN	Förenta Nationerna
HFU	Hörselfunktionsutredning
HSS	Hälso- och sjukvårdsstyrelse
ITP	Internationella utbildningsprogram
KEBO	Kommunalt eget boende
LUH, LOH	Läkarutlåtande om hälsotillstånd
PTSD	Posttraumatiskt stressyndrom
SFI	Svenska för invandrare
SFU	Synfunktionsutredning
SHK	Samhälls- och hälsokommunikatörer
Sida	Styrelsen för internationellt utvecklingsarbete
SLU	Särskilt läkarutlåtande
SO	Samhällsorientering
TMU	Teambaserade medicinska utredningar
UNHCR	FN:s flyktingorgan
WHO	Världshälsoorganisationen

INTRODUKTION

Denna forskningsrapport är en slutrapport av ett delprojekt inom MILSA – forskningsbaserad stödplattform för migration och hälsa - som genomfördes mellan januari 2013 och juni 2015 med stöd av Europeiska flyktingfonden. Projektets ambition har varit att genomföra forskning och aktionsforskning i relation till faktiska behov och dess utgångspunkt har varit att en självupplevd god hälsa är avgörande för nyanländas delaktighet i det svenska samhälle och för en effektiv arbetsmarknadsetablering. Arbetet inom plattformen har därför förhållit sig till: (1) att alla människor i Sverige har rätt till en god hälsa, (2) att insatser för nyanlända bör utgå från ett integrerat hälsoperspektiv, samt (3) att gemensam kunskap, terminologi och gemensamma mål är en förutsättning för en effektiv samverkan mellan berörda aktörer.

Detta delprojekt, vars titel var "Bedömning av arbets- och prestationsförmåga", även benämnt MILSA 2, har varit ett av fyra delprojekt inom nämnda programperiod som tillsammans bildat MILSA, vars avsikt har varit att koppla samman forskning och praktik för både kunskapsutveckling och metodutveckling i syfte att åstadkomma tydligare hälsofrämjande rutiner kring flyktingmottagandet. Själva utgångspunkten för delprojektet MILSA 2 har varit samverkan och gemensam kunskapsutveckling i syfte att ta fram fungerande rutiner för att nyanländas etableringsplaner ska motsvara individens hälsorelaterade behov. För att åstadkomma detta genomfördes därför under 2014 en öppen föreläsnings- och seminarieserie i syfte att ge olika perspektiv på hälsa och arbete. Deltagare i projektet har varit tjänstemän vid Arbetsförmedlingen

inom kommunerna Malmö, Lund, Helsingborg och Kristianstad. Dessa kommuner utgör regionala knutpunkter i Skåne där det till varje knutpunkt finns tillknutet ett antal geografiskt närbelägna kommuner.[1] *Deltagande tjänstemän har bestått av handläggare och specialister inom etableringsuppdraget. Utöver dessa har även kommunala handläggare med koppling till etableringen av nyanlända deltagit i processen, samt representanter för primärvården, i det här fallet främst läkare och rehabiliteringskoordinatorer som är involverade i framtagandet av de medicinska underlag som ibland krävs inom etableringsprocessen. Slutligen har även representanter för den idéburna sektorn med engagemang i etableringen deltagit.*

Parallellt med föreläsnings- och seminarieserien har deltagarna i sina respektive knutpunkter fokuserat på att utarbeta former för samverkan och fler möjligheter till anpassning av aktiviteterna i etableringsplanerna utifrån individens hälsosituation och behov. Till skillnad från traditionell forskning där forskarens roll är att utifrån betrakta en process har forskarna i delprojektet (och i MILSA i stort) aktivt deltagit i de olika delprojekten genom så kallad följeforskning, det vill säga en kunskapsprocess ägnad att utvärdera och förbättra implementeringen av sociala reformer direkt i deras kontext. Följeforskning syftar till att ge effekter som är synliga i praktiken.

Ansvariga för projektet har varit forskarna Per-Olof Östergren och Andreas Vilhelmsson, Lunds universitet, samt Carin Björngren Cuadra, Malmö högskola. Carin Björngren Cuadra har även varit sammankallande inom MILSA och ansvarig för samordningen av forskningsdelarna samt samverkan mellan berörda forskningsinstitutioner.

---

[1] Till knutpunkt Lund hör Lund, Eslöv, Kävlinge, Höör, Svedala, Lomma, Hörby och Staffanstorp. Knutpunkt Helsingborg består i sin tur av Helsingborg, Bjuv, Båstad, Ängelholm, Höganäs, Landskrona, Örkelljunga, Perstorp, Åstorp, Svalöv och Klippan. Till knutpunkt Kristianstad hör i sin tur Kristianstad, Bromölla, Osby, Hässleholm och Östra Göinge och slutligen består knutpunkt Malmö av Malmö, Burlöv och Trelleborg.

BAKGRUND

Migration, hälsa och etablering

Utrikes födda som kommer till Europa möter ofta likartade problem på arbetsmarknaden. Utöver begränsade kunskaper i det nya språket och om det nya samhället, samt svårigheter att få sin yrkeserfarenhet och utbildning bedömd och validerad, utgör även diskriminering exempel på faktorer som utgör hinder för att få ett jobb. Problemen förstärks om man kommer som flyktinginvandrare jämfört med exempelvis arbetskraftsinvandrare. Trots att Sverige rankas högt när det gäller invandrares formella möjligheter på arbetsmarknaden har landet, enligt OECD, svårare än de flesta andra västländer att skapa jobb för nyanlända invandrare; den som är lågutbildad har 25 procent svårare att hitta jobb om man dessutom är utlandsfödd.[2] I genomsnitt tar det sju till tio år från mottagande tills att hälften av de nyanlända är etablerade på arbetsmarknaden. För männen tar det tre till sju år medan det tar nio till elva år för kvinnorna.[3]

Samtidigt är frågor om migration, hälsa och etablering aldrig så aktuella som idag. Enligt Världshälsoorganisationen WHO finns det uppskattningsvis en miljard migranter i världen idag och migranters hälsa och hälsorelaterade frågor till migration utgör nu i allt högre utsträckning avgörande folkhälsoutmaningar för regeringar och samhällen.[4] Uppskattningsvis befinner sig 60 miljoner be-

---

[2] OECD. Finding the way: a discussion of the Swedish migrant integration system, 2014. http://www.oecd.org/migration/swedish-migrant-intergation-system.pdf

[3] Riksrevisionen. Nyanländas etablering – är statens insatser effektiva? RIR 2015:17.

[4] Resolution WHA61.17 on the Health of Migrants, 24 May 2008. http://www.who.int/hac/techguidance/health_of_migrants/en/

finner sig på flykt i världen. Det är den högsta siffran sedan andra världskriget och således nivåer som FN:s flyktingorgan UNHCR aldrig tidigare observerat. Även om de flesta flyr till närområdet sökte under 2014, enligt UNHCR, 568 000 personer asyl i EU. Likaledes har Sveriges mottagande av asylsökande ökat stadigt de senaste åren. Under 2014 sökte 81 300 personer asyl i Sverige, vilket är en fördubbling jämfört med 2013, och nästan en tredubbling sedan 2011.[5] I slutet av 2014 var dryg 80 000 personer inskrivna i Migrationsverkets mottagningssystem och av dessa hade drygt 11 000 personer beviljade uppehållstillstånd och väntade på att flytta till en kommun.[6] Andelen asylsökande kvinnor uppgår relativt konstant till drygt en tredjedel för perioden 2009-2014. Under 2014 avgjorde Migrationsverket cirka 54 000 nya asylärenden, varav närmare 60 procent bifölls. Den genomsnittliga handläggningstiden har samtidigt ökat från 108 dagar 2012 till 142 dagar 2014.[7]

Under 2014 togs sammanlagt 46 400 nyanlända emot i landets kommuner efter att de beviljats uppehållstillstånd. Skånes prognos för mottagande av nyanlända flyktingar (det vill säga personer med permanent uppehållstillstånd) för 2013 låg på runt 4 500 personer. Redan under hösten 2014 hade Skåne haft ett inflöde på 8 000 personer, vilket var en indikation på det allt högre tryck som den globala flyktingsituationen sätter på asyl- och etableringsprocessen. Den ökande flyktinginvandringen har medfört betydande utmaning på systemen för mottagande och etablering. Samtidighet står Sverige inför en framtida demografisk situation där allt färre ska försörja allt fler. De nyanlända kan bli ett viktigt tillskott till arbetskraften men det förutsätter att de snabbt och ändamålsenligt kan etableras på arbetsmarknaden.

Möjligheterna till förvärvsarbete och rimliga anställningsvillkor är några av de viktigaste faktorerna för god hälsa, både för den som arbetar och för andra familjemedlemmar som är beroende av

---

[5] Flest asylsökande 2014 kom från Syrien följt av Eritrea.

[6] Asylsökande kan antingen få hjälp av Migrationsverket med en plats i anläggningsboende (ABO) eller ordna eget boende (EBO). Om de får stanna i Sverige kan de få hjälp av Arbetsförmedlingen med att bli anvisade till en kommun som kan ta emot dem. Drygt 85 procent väljer dock att ordna eget boende efter uppehållstillstånd.

[7] Migrationsverket. Verksamhets- och utgiftsprognos februari (P2-15) bilaga 1, Asylprocessen.

inkomsten.[8] Arbete har framförallt visat sig vara avgörande för den psykiska hälsan för utlandsfödda män och kvinnor, vilket riskerar leda till en negativ cirkel där ohälsa hindrar etablering på arbetsmarknaden.[9] Hälsa är därmed inte bara en grundläggande rättighet, utan även en förutsättning för att kunna bli fullt delaktig i samhället. En god hälsa kan således ses som en mycket viktig faktor för nyanländas integration och etablering på arbetsmarknaden och för deras möjlighet att bygga upp sociala nätverk i det nya hemlandet. Studier visar att flyktingar som precis fått uppehållstillstånd i flera avseenden mår bättre än svenskar med avseende på självrapporterad hälsa, livskvalitet och funktion.[10] Många är redo för att snabbt integreras och komma i arbete, men samtidigt visar annan forskning att hälsan tenderar att försämras över tid om etableringsprocessen blir utdragen. Det är därför viktigt att utnyttja den första tiden i Sverige för att främja integrationsprocessen och den nyanländes hälsa.[11] En rad studier har dock visat att migrationsprocessen i sig är en riskfaktor för sämre hälsa, särskilt för flyktingar.[12] Omedelbara hälsonackdelar inkluderar påverkan av trauma och migrationsprocessen i sig och dess påverkan på psykisk hälsa,[13] och samspelet psykisk sjukdomar som exempelvis posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) med andra kroniska sjukdo-

---

[8] CSDH. Closing the gap in one generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Genève: World Health Organization, 2008.

[9] Kvist J., Fritzell J, Hvinden B., Kangas O. (Red). Changing Social Equality, The Nordic welfare model in the 21st century. Bristol. Policy Press, 2012.

[10] Löfvander M, Rosenblad A, Wiklund T, et al. A case-control study of self-reported health, quality-of-life and general functioning among recent immigrants and age- and sex-matched Swedish-born controls. Scand J Public Health 2014; 42(8):734-742.

[11] Sundquist K, Johansson LM, DeMarinis V, et al. Posttraumatic stress disorder and psychiatric comorbidity: symptoms in a random sample of female Bosnian refugees. Eur Psychiatry 2005;20:158-164; Lindencrona F, Ekblad S, Hauff E. Mental health of recently resettled refugees from the Middle East in Sweden: the impact of pre-resettlement trauma, resettlement stress and capacity to handle stress. Soc Psychiatr Epidemiol 2008;43:121-131.

[12] Folkhälsopolitisk rapport 2010. Framtidens folkhälsa – allas ansvar. Statens folkhälsoinstitut, 2010. Migration and public health; Hjern A. Health in Sweden: The National Public Health Report 2012. Chapter 13. Scand J Public Health 2012;40:255-267.

[13] Norredam M, Garcia-Lopez A, Keiding N, et al. Risk of mental disorders in refugees and native Danes: a register-based retrospective cohort study. Soc Psychiatr Epidemiol 2009; 44:1023-1029.

mar,[14] samt effekten av utsatthet av infektiösa agenter och senare infektionssjukdomar.[15]

Själva etableringsprocessen i Sverige innebär flera steg. Det första steget innebär att man kommer till Sverige och söker asyl och alla asylsökande ska då erbjudas en hälsoundersökning av landstinget i syfte att uppmärksamma eventuell ohälsa och behov av smittskyddsåtgärder, men även för att informera om möjligheten att få ta del av hälso- och sjukvård samt tandvård.[16] Vid behov ska tolk anlitas. Hälsoundersökningen är i sig frivillig och består av ett individuellt hälsosamtal (Se Bilaga 1), provtagning samt kroppsundersökning.

Under asylperioden bor man i eget boende (EBO) eller i anläggningsboende (ABO) som Migrationsverket tillhandahåller. Under denna period räknas man inte som nyanländ utan som asylsökande. Det andra steget tas när den asylsökande beviljas uppehållstillstånd. I och med detta ändras kategorin till nyanländ. Den nyanlände är dock fortfarande inskriven i Migrationsverkets mottagningssystem till dess att han eller hon tas emot i en kommun. Av de närmare 80 000 personer som var inskrivna i mottagningssystemet i december 2014 hade två tredjedelar ABO, 31 procent EBO och 3 procent övrigt boende (till exempel institutionsboende). Drygt 40 procent (21 600 personer) av dem med ABO bodde i ett tillfälligt anläggningsboende (ABT).[17] Eftersom antalet asylsökande ökat kraftigt under senare tid får Migrationsverket även hyra tillfälliga boendeplatser när ordinarie platser inte räcker till, exempelvis hotellbyggnader eller vandrarhem. Tyvärr tenderar nyanlända hamna i kommuner som har sämre etableringsförutsättningar, eftersom sysselsättningsmöjligheter och bostäderna inte alltid finns på samma ort. Det tredje steget tas sedan när den nyanlände, antingen på egen hand eller genom Arbetsförmedlingen, blir mottagen och bo-

---

[14] Agyemang C, Goosen S, Anujuo K, et al. Relationship between post-traumatic stress disorder and diabetes among 105,180 asylum seekers in the Netherlands. Eur J Public Health 2012; 22:658-662.

[15] Norredam M, Olsbjerg M, Petersen JH, et al. Mortality from infectious diseases among refugees and immigrants compared to native Danes: a historical prospective cohort study. Trop Med Int Health 2012; 17:223-230.

[16] Enligt Socialstyrelsens föreskrifter, se Socialstyrelsen. Hälsoundersökning. http://www.socialstyrelsen.se/vardochomsorgforasylsokandemedflera/halsoundersoknig

[17] Riksrevisionen. Nyanländas etablering – är statens insatser effektiva? RIR 2015:17.

sätter sig i en kommun. I och med detta kan arbetet med etableringsplanen påbörjas.

Etableringsreformen

De Skandinaviska länderna Sverige, Danmark och Norge erbjuder alla etableringsinsatser för nyanlända invandrare, men Sverige skiljer sig från sina grannländer så till vida att varken uppehållstillstånd eller medborgarskap villkoras med deltagande i etableringsinsatser eller godkända prov i språk eller samhällskunskap.[18] I Sverige är det den ekonomiska ersättningen i sig som ska fungera som incitament för ett aktivt deltagande i etableringsinsatser.[19] Egenförsörjning är av avgörande betydelse för nyanländas integrering och detta är huvudtanken bakom etableringsreformen som började gälla 2010. Nyanlända i åldern 20-64 år[20] med beviljade uppehållstillstånd omfattas nämligen sedan i december 2010 av lagen (2010:197)[21] om etablering av vissa nyanlända invandrare.[22] Därmed övertog Arbetsförmedlingen det samordnande ansvaret för nyanlända från kommunerna.

Etableringsreformen innebar stora förändringar av svensk integrationspolitik och vid genomförandet ansågs reformen vara den största förändringen av politikområdet på 25 år.[23] Reformen syftade att ändra förutsättningarna för såväl myndigheter och privata aktörer som för de nyanlända själva; den innebar framförallt en förändrad ansvarsfördelning mellan staten och kommunerna. Genom att Arbetsförmedlingen övertog det övergripande ansvaret

---

[18] Borevi K. Dimensions of citizenship: European integration policies from a Scandinavian perspective. I Bengtsson, B, Strömblad P och Bay A (red.) Diversity, inclusion and citizenship in Scandinavia. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing, 2010; s. 19-46.

[19] Prop. 2009/10:60. Nyanlända invandrares arbetsmarknadsetablering – egenansvar med professionellt stöd.

[20] Den nyanlände tillhör målgruppen från det att han eller hon är folkbokförd i en kommun. Kvotflyktingar 20-64 år ingår i etableringsuppdraget. Däremot bosätts de inte på samma sätt som andra grupper inom uppdraget. Barn som har varit ensamkommande asylsökande kan i vissa fall ingå i uppdraget, om det fyllt 18 år då uppehållstillstånd beviljas.

[21] Lag (SFS 2010:197) om etableringsinsatser för vissa nyanlända invandrare. Regeringskansliet/Lagrummet
https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs_sfs-2010-197/

[22] Målgrupp för etableringsuppdraget är nyanlända, andra skyddsbehövande och vissa av deras anhöriga i åldersgruppen 20-64 år som fått uppehållstillstånd i Sverige. Även nyanlända som fyllt 18 men inte 20 år när uppehållstillstånd beviljas och som saknar föräldrar i Sverige omfattas av uppdraget.

[23] Ullenhag E. ”Nyanlända behöver mer än en klapp på huvudet”, Dagens Nyheter, 2010-11-17.

från kommunerna var tanken att stärka likvärdigheten mellan olika delar av landet. Myndigheten ska samordna insatserna inom ramen för etableringsuppdraget och vara stödjande och pådrivande i förhållande till berörda parter.[24] Vid sidan av det specifika ansvaret gentemot de nyanlända inom etableringsuppdraget har Arbetsförmedlingen enligt sin instruktion också ett generellt ansvar för att nyanlända invandrare erbjuds insatser som främjar en snabb och effektiv etablering på arbetsmarknaden.[25] Trots Arbetsförmedlingens övertagande av ansvaret för etableringen av nyanlända har kommunerna fortfarande en central roll. De har ansvar för tillgång till bostäder, svenska för invandrare (SFI), samhällsorientering (SO), den kommunala vuxenutbildningen och de arbetssökandes barn och ungdomar.[26]

De nyanländas etablering

Syftet med etableringsreformen var att nyanlända snabbare skulle komma i arbete eller åtminstone påbörja utbildning eller praktik och därmed påskynda de nyanländas etablering. Etableringsuppdraget bygger på en rättighetslagstiftning där de som omfattas av uppdraget har rätt till en etableringsplan med vissa insatser, bland annat utbildning i SFI, SO, samt arbetsförberedande insatser. Ett viktigt syfte med dessa insatser är att underlätta och påskynda den nyanländes arbetsmarknadsetablering och deltagande i samhällslivet. Inom ramen för sin etableringsplan kan den nyanlände också erhålla reguljär vuxenutbildning samt vissa andra utbildningsinsatser.[27] Arbetsförmedlingen är därmed den myndighet som, i samråd med den enskilde nyanlände, har ansvar för upprättandet av en så kallad etableringsplan. Inom denna plan ska insatser genomföras i enlighet med den nyanländes behov och förutsättningar i syfte att påskynda dennes etablering i samhället och på arbetsmarknaden. För detta uppdrag utbildar Arbetsförmedlingen särskilda handläg-

[24] 3 § lagen (2010:197) om etableringsinsatser för vissa nyanlända invandrare.
[25] 6 § lagen (2007:1030) med instruktion för Arbetsförmedlingen.
[26] Även Skatteverket och Försäkringskassan har viktiga uppdrag i form av folkbokföring och personnummer, id-kort, utbetalningar av etableringsersättning samt eventuella tilläggsersättningar för barn och bostad och andra socialförsäkringsförmåner. Länsstyrelserna i sin tur ska främja samverkan mellan berörda kommuner och samt myndigheter, företag och organisationer som anordnar aktiviteter för nyanlända.
[27] Riksrevisionen. Nyanländas etablering – är statens insatser effektiva? RIR 2015:17.

gare inom etableringsuppdraget. Den nyanlända får då en ersättning som motsvarar omfattningen på etableringsplanen och är lika för alla oberoende var i landet individen bor.[28] Under tiden etableringsuppdraget pågår omfattas den nyanlända av den rättighetslagstiftning som etableringslagen utgör som garanterar vissa insatser och en ersättning under förutsättning att den nyanlända deltar i insatserna. I de allra flesta fall pågår etableringsperioden i de två år som lagstiftningen berättigar till. Den nyanlände har rätt till särskilda insatser under de 24 första månaderna efter bosättning i en kommun. Därefter träder det generella systemet in.

Arbetsförmedlingen ska upprätta en etableringsplan inom två månader,[29] men om det finns särskilda skäl får den upprättas senare, dock senast inom ett år efter att den arbetssökande första gången folkbokfördes i en kommun. Etableringsinsatserna ska utformas så att de främjar ett optimalt deltagande, i normalfallet på heltid. Detta görs genom att aktiviteterna så lång som möjligt är anpassade till individens förutsättningar, och att Arbetsförmedlingen, vid behov, initierar samarbete med andra aktörer. Den 1 april 2014 ändrades dock reglerna för personer på anläggningsboende som har fått uppehållstillstånd efter sista mars 2014. Den innebär att etableringsplanen ska upprättas först när personen är mottagen i en kommun. Regeländringen har fått den negativa konsekvensen att personerna inte får några etableringsinsatser under tiden som de befinner sig på anläggningsboende. Den har också medfört en större genomströmning i bosättningsuppdraget då incitamentet för att flytta på egen hand har ökat. Arbetsförmedlingen ser dock att en flytt i många fall sker till en boendesituation som är tillfällig och osäker.[30]

Efter etableringsperioden kan en nyanländ skrivas in i jobb- och utvecklingsgarantin eller i jobbgarantin för ungdomar och i normalfallet få aktivitetsstöd eller utvecklingsersättning i upp till 450

[28] Dagersättningen (som betalas ut av Migrationsverket) är 71 SEK per dag och vuxen under sju dagar i veckan medan etableringsersättningen för vuxna (som beslutas av Arbetsförmedlingen och betalas ut av Försäkringskassan) under tiden tills en etableringsplan upprättats är 231 SEK per dag fem dagar i veckan. När man deltar i aktiviteter som ingår i etableringsplanen höjs ersättningen till högst 308 SEK per dag fem dagar i veckan.

[29] 3 § Förordning (2010:409) om etableringssamtal och etableringsinsatser för vissa nyanlända invandrare.

[30] Enligt Riksrevisionen. Nyanländas etablering – är statens insatser effektiva? RIR 2015:17.

dagar. Därefter är den nyanlända hänvisad till kommunens försörjningsstöd om (utifall) han eller hon inte lyckats ordna sin försörjning på annat sätt. Efter viss tid i Sverige kan en utrikes född person ansöka om svenskt medborgarskap.[31] Vid utgången av december 2014 hade cirka 38 800 personer en pågående etableringsplan totalt i Sverige. Sedan lagen trädde i kraft har drygt 15 700 nyanlända med en etableringsplan lämnat etableringsuppdraget. Under 2014 lämnade 9 600 nyanlända personer etableringsuppdraget och av dem gick 29 procent vidare till någon form av arbete eller studier efter 90 dagar, vilket är en ökning från 26 procent 2013. Dock hade bara fem procent ett arbete utan stöd efter dessa 90 dagar. Kvinnor går vidare till arbete både med och utan anställningsstöd i betydligt lägre utsträckning än män.[32]

Prestationsförmåga och arbetsförmåga

Arbetssökande som på grund av sjukdom eller någon annan nedsättning av den fysiska- och/eller psykiska prestationsförmågan är förhindrad att delta i etableringsinsatser på minst 25 procent av heltid har inte rätt till en etableringsplan.[33] Genom socialtjänstlagen ansvarar kommunen för dessa personers behov av stöd och insatser på samma villkor som för övriga kommuninvånare.[34] Med *prestationsförmåga* avses den enskildes förmåga att delta i aktiviteter i en etableringsplan och bedöms utifrån individens resurser i förhållande till kraven i uppgifterna och miljön där aktiviteten utförs. Individens förutsättningar beskrivs utifrån både resurser och begränsningar. Det kan handla om utbildning, erfarenhet, intresse, motivation samt den fysiska och psykiska förmågan eller kapaciteten att utföra aktiviteter.[35] Prestationsförmåga skiljer sig från arbetsförmåga på så sätt att kraven i etableringsplanens aktiviteter kan vara lägre ställda eller annorlunda än kraven i ett lönearbete. Målsättningen är att den arbetssökande successivt ska övergå till

[31] Riksrevisionen. Nyanländas etablering – är statens insatser effektiva? RIR 2015:17.
[32] Riksrevisionen. Nyanländas etablering – är statens insatser effektiva? RIR 2015:17.
[33] Enligt 6 § Lag (SFS 2010:197) om etableringsinsatser för vissa nyanlända invandrare.
[34] Socialtjänstlag (SFS 2001:453) Regeringskansliet/Lagrummet. https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453/
[35] Enligt Arbetsförmedlingens handläggarstöd AFHS 77/2011 för Prestationsförmåga.

att delta i aktiviteter som är relaterade till en arbetsliknande situation som till exempel praktik eller arbetsträning. Därmed övergår arbetsförmedlaren med etableringsbehörighet till att bedöma den enskildes arbetsförmåga.[36]

I samtalet med den nyanlände kan faktorer som försvårar etableringen framkomma. En sådan faktor kan exempelvis vara personens hälsa. Om ohälsa eller funktionsnedsättning hindrar den arbetssökande från att delta i etableringsinsatser på heltid kartlägger etableringshandläggaren tillsammans med den arbetssökandes förutsättningar och utgår då ifrån den arbetssökandes egna uppgifter om hälsotillstånd samt eventuella medicinska utlåtanden. Etableringshandläggaren bedömer sökandes förmåga att delta i aktiviteter på deltid (75-, 50- eller 25 procent). Om inte nyanlända inte kan delta i aktiviteter på minst 25 procent ska Arbetsförmedlingen avslå rätten till etableringsplan. Personen får därmed heller ingen etableringsersättning utan blir hänvisad till att ansöka om försörjningsstöd hos kommunen. Utöver denna överföring av ansvar får det även till följd att ersättningen som utgår till den nyanlända påverkas samtidigt som personen i fråga inte får ta del av etableringsinsatser. Att prestationsbedömningar utförs på ett korrekt sätt är således viktigt.

Specialister och läkarutlåtande

Handläggaren bedömer om den information denne har är tillräcklig för att klargöra behovet av insatser för att bidra till den nyanländas etablering i samhället och på arbetsmarknaden eller om han eller hon behöver konsultera den egna myndighetens specialister inom arbetslivsinriktad rehabilitering, eller efterfråga ett läkarutlåtande om hälsotillstånd från hälso- och sjukvården. Arbetsförmedlingens specialister arbetar med arbetssökande, anställda och arbetsgivare på uppdrag av en arbetsförmedlare. Det konsultativa arbetssättet utgör grunden för samarbetet mellan specialister och arbetsförmedlare. Arbetsförmedlaren har det övergripande ansvaret för den arbetssökande och tar vid behov kontakt med specialist samt initierar de insatser och aktiviteter som behövs på vägen till

[36] Enligt Arbetsförmedlingens handläggarstöd om Arbetsförmåga.

ett arbete eller utbildning.[37] Arbetsförmedlaren gör bedömningen tillsammans med den nyanlända om han eller hon behöver träffa en specialist. Under tiden den nyanlända träffar en specialist har han eller hon hela tiden kvar sin arbetsförmedlare som ansvarig för handläggningen av ärendet.

Gemensamt för specialisternas insatser är att de ska bidra till att den arbetssökande får ett arbete. Specialisterna ska i alla kontakter med arbetssökande ha fokus på arbete och på att motivera den arbetssökande att sträva mot målet arbete. Specialisterna bidrar till matchningsarbetet genom att förse arbetsförmedlarna med underlag och rekommendationer.[38] Specialisternas insatser ska genom kvalitetssäkrade metoder bidra till att klargöra den arbetssökandes förutsättningar för arbete och öka den arbetssökandes medvetenhet om egna resurser och eventuella begränsningar. Specialisterna kan bland annat använda sig av metoderna *Arbetspsykologisk utredning (APU)*, *Arbetssocial utredning (ASU)*, *Aktivitetsbaserad utredning av arbetsförutsättningar/arbetsförmåga (ABU)*, *Hörselfunktionsutredning (HFU)*, eller *Synfunktionsutredning (SFU)* vid handläggning och bedömning av den arbetssökandes förutsättningar att delta i etableringsinsatser vid sjukdom eller någon annan nedsättning av prestationsförmåga. In de fall utredningen/bedömningen resulterar i en etableringsplan på deltid måste detta styrkas, i regel av ett medicinskt underlag. Specialisterna kan i sin tur, efter samtycke från den arbetssökande, kontakta läkare och annan personal hos en vårdgivare. Arbetsförmedlingen kan således vid behov efterfråga ett *läkarutlåtande* från hälso- och sjukvården som ett underlag för att avgöra om en individ har en begränsad förmåga att delta i etableringsinsatser. Den medicinska bedömningen ska då beskriva personens diagnos, funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning, om möjligt i relation till kraven i aktiviteterna.[39]

---

[37] Enligt Arbetsförmedlingens handläggarstöd om Specialister och matchning AFHS 24/2013.

[38] I matchningen bidrar specialisterna främst med insatser inom tjänsterna *Klargöra dina arbetsförutsättningar*, *Vägledning till arbete*, *Anpassa din arbetssituation* samt den upphandlade tjänsten *Introduktion till arbete*.

[39] Bedömning av prestationsförmåga hos vissa nyanlända invandrare, viljeinriktning mellan Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Migrationsverket samt Sveriges Kommuner och Landsting, Dnr: Af-2013/035209.

Arbetsförmedlingens behov av uppgifter om den arbetssökandes hälsotillstånd i ett medicinskt underlag utgörs framförallt av diagnos, funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning, den så kallade *DFA-kedjan*. De medicinska underlagen utgör därmed en viktig del av det samlade underlaget vid planering av insatser och beslut om särskilda resurser för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga. De utgör ofta ett samlingsnamn för olika intyg och utlåtanden från vårdgivare. Landstingen är därmed en viktig aktör för att tillgodose individens behov av hälso- och sjukvård, rehabilitering och underlag för bedömning av prestationsförmåga.[40] Hälso- och sjukvården har en skyldighet att erbjuda medicinska insatser, som är förebyggande, utredande och behandlande till alla bosatta invånare, och det gäller även till nyanlända personer som är folkbokförda.[41] Med stöd av de medicinska underlagen kan arbetsförmedlaren sedan bedöma den sökandes behov av insatser. I första hand ska han eller hon använda befintliga och tillgängliga medicinska underlag. De vanligaste förekommande underlagen är:

- Läkarintyg
- Läkarutlåtande om hälsotillstånd (LUH, även förkortningen LOH används inom hälso- och sjukvården)
- Särskilt läkarutlåtande (SLU)
- Teambaserade medicinska utredningar (TMU)
- Aktivitetsförmågeutredning (AFU)

Det är bara i de fall då medicinskt underlag saknas, är för gammalt eller har innehållsliga brister, som Arbetsförmedlingen ska efterfråga ett LUH för patienter som redan är kända hos vårdgivaren. Arbetsförmedlare rekommenderas, genom sitt handläggarstöd för medicinska underlag, att inte använda ett LUH för att initiera en vårdkontakt.[42] Istället kan arbetsförmedlaren fråga den arbetssökande om det finns ett medicinskt utlåtande och om Arbetsför-

[40] Riksrevisionen. Nyanländas etablering – är statens insatser effektiva? RIR 2015:17.
[41] Enligt folkbokföringslagen (1991:481). Erbjudande som hälso- och sjukvården är skyldiga att erbjuda gäller även asylsökande. Lag (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.
[42] Enligt Arbetsförmedlingens handläggarstöd AFHS 18/2011 för Medicinska underlag.

medlingen i så fall får använda det som underlag i den fortsatta planeringen.

Vid förfrågan om LUH till berörd vårdenhet ska Arbetsförmedlingen använda blanketten *Förfrågan om läkarutlåtande* för att med tydliga frågor underlätta vårdgivarens möjligheter att utforma utlåtandet till myndigheten. Vårdgivare ska då använda Försäkringskassans blankett FK 3200 (Se Bilaga 2) för utlåtandet. Läkaren bedömer funktionsnedsättning och aktivitetsinskränkning, vilket sedan arbetsförmedlaren tolkar i relation till eventuell funktionshinderkod och/eller nedsatt prestationsförmåga. Värt att notera är att det medicinska underlaget ska sättas i relation till den aktivitet den nyanlände ska göra inom sin etableringsplan, vilket inte är detsamma som vilken arbetsförmåga personen har.

Samverkan och samsyn

Det faktum att bedömningarna utförs av flera aktörer kräver en nära samverkan och samsyn. Redan när idén till delprojektet MILSA 2 formulerades fanns en tydlig utmaning att särskilt ta fram fungerande rutiner för att bedöma individens prestationsförmåga. Förprojekteringen till MILSA hade styrkt bilden av att prestationsbedömningar kräver samverkan mellan flera aktörer som söker nya roller.[43] En annan tydlig utmaning var att integrera ett hälsofrämjande perspektiv i utformningen av de individuella etableringsplanerna. Delprojektets utgångspunkt har varit att hälsa är avgörande för asylsökande och nyanlända flyktingars möjligheter för lärande, integration och etablering på arbetsmarknaden. Som vi nämnt tar det dock lång tid för nyanlända att etablera sig på den svenska arbetsmarknaden, vilket riskerar att försämra hälsan. En sådan negativ hälsoutveckling behöver brytas och etableringsreformen ger oss möjligheter att göra just detta. Den ger Arbetsförmedlingen ansvaret för att underlätta och påskynda etableringsprocessen och för att samordna insatserna som andra aktörer kan stå för. Detta ställer dock stora krav på samverkan mellan aktörerna. Bland annat behöver de tillsammans hitta nya arbetsformer där den nyanländes

[43] Fundberg A. Utan en klapp på huvudet. Etableringsuppdraget och hälsa. Länsstyrelsen i Skåne Län, 2012.

etablering och delaktighet är i centrum med ett samtidigt beaktande av hälsoaspekter.

HÄLSA I CENTRUM FÖR ETABLERINGSPROCESSEN

Vad är egentligen hälsa?

Hälsa betraktas ofta som en egenskap hos en individ. Detta är den grundläggande modellen vid mötet med hälso- och sjukvården, att det har uppstått ett hälsoproblem som ska rättas till. Det är därför inte förvånande att vi ser på hälsa på detta sätt med tanke på att de stora framsteg som den medicinska vetenskapen har gjort för att framgångsrikt kunna behandla olika störningar av individens hälsa. Men i princip så är detta en syn på hälsa som den medicinska vetenskapen själv lade bakom sig för hundra år sedan. Istället började man utveckla en modell för hälsa som innebär att människan betraktas som ett komplext biologiskt system som har utvecklats för att kunna anpassa sig till sin omgivning och som under hela sin livstid är starkt beroende av denna omgivning.[44] Rent konkret innebär det att om individens anpassningsmöjligheter sjunker ökar risken för störningar i det biologiska systemet. Till en början kan dessa störningar gå tillbaka om anpassningsmöjligheterna ökar igen. Detta kallas ofta för en stressbelastning av individens biologiska funktioner. Denna modell har kallats stresssjukdomsmodellen och ligger till grund för den moderna vetenskapliga synen på hälsa och sjukdom. Stress står i detta sammanhang för alla typer av belastningar, inte bara psykosociala. Denna modell är därför anpassad för att förstå hur kroniska sjukdomar, både kroppsliga och

[44] Se även Östergren P-O. Begreppet resiliens sätter in hälsan i ett hållbarhetsperspektiv och ökar förståelsen för det sociala kapitalets roll. I: Lindström M (Red). Socialt kapital och hälsa. Socialt kapital i socialmedicinsk forskning i Sverige. Socialmedicinsk tidskrift 2012; 89(4-5): 395-404.

psykiska, uppstår genom vårt sätt att leva. Hälsa är därmed ett resultat av relationen mellan den mänskliga organismen och dess omgivning, där människan har en stor potentiell förmåga att själv agera, individuellt eller kollektivt, för att öka sin anpassning till omgivningen. En del av detta agerande kallar vi arbete.

Social hållbarhet och socialt kapital

Människans förhållande till såväl naturresurser som till det komplexa samhälle hon har skapat, inte minst genom att göra det vi kallar att *arbeta*, som har stor betydelse för anpassning till omgivningen, och därmed för möjligheten till en god hälsa, både individuellt och för hela mänskligheten. En viktig förutsättning för hälsa hos individen är social hållbarhet, det vill säga en fungerande relation mellan individ och samhälle.

I detta sammanhang har begreppet socialt kapital börjat ses som relevant för att förstå den sociala hållbarheten.[45] Det sociala kapitalet, ibland kallat ”det sociala kittet”, skulle kunna betraktas som en aspekt på det sociala kontraktet, det vill säga individens relation till makthavarna i samhället.[46] Kärnan i det sociala kapitalet som det definierades av Robert Putnam[47], och Woolcock[48], är *tillit* till andra individer (horisontellt) eller till samhällets institutioner (vertikalt). Socialt kapital har visat sig fungera som ett fenomen som underlättar sociala relationer av alla typer i ett samhälle. Man kan till exempel göra affärer med ett handslag eller genom en överenskommelse per telefon, utan att involvera kontrakt och jurister, helt enkelt för att man litar på den andra partens ord. Medborgares tillit myndigheter gör att dessa fungerar bättre.

---

[45] Se även Östergren P-O. Begreppet resiliens sätter in hälsan i ett hållbarhetsperspektiv och ökar förståelsen för det sociala kapitalets roll. I: Lindström M (Red). Socialt kapital och hälsa. Socialt kapital i socialmedicinsk forskning i Sverige. Socialmedicinsk tidskrift 2012; 89(4-5): 395-404.

[46] Man tänker kanske främst på de tankar som den engelska upplysningsfilosofen och läkaren John Locke förde fram att denna relation idealt bör ser som ett kontrakt mellan individerna och makthavarna, inte som en underkastelse, där makthavarna/staten erbjuder så bra villkor för individerna att de frivilligt går med på att följa de lagar och regler som staten formulerat för att kunna fungera. Detta förutsätter också att individerna har egna rättigheter, ett tänkande som legat till grund för de mänskliga rättigheter som de formulerats i modern tid. Se Locke, J (2009/1690). Two Treatises on Government: A Translation Into Modern English, Industrial Systems Research.

[47] Putnam R, Leonardi RJ, Nanetti RY. Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy. Princeton: Princeton University Press, 1993.

[48] Woolcock M, Narayan D. Social Capital: Implications for Development Theory, Research, and Policy. World Bank Research Observer 2001; 15(2): 225-249.

Om det sociala kapitalet ökar innebär det samtidigt att det sociala kontraktet stärks och att samhället har en hållbar social utveckling.[49] Om det sociala kapitalet minskar är utvecklingen inte socialt hållbar, eftersom det sociala kontraktet kan hotas när tilliten i detta samhälle nått kritiskt låga nivåer. Ökande kriminalitet eller terrorism kan vara varningssignaler på att allt fler individer i samhället inte ställer upp på sin del av det sociala kontraktet. En kritisk faktor för att öka det sociala kapitalet i samhället är att erbjuda individer ökade möjligheter att delta i samhällsprocesserna,[50] det vill säga motsatsen till marginalisering av grupper och individer. Tillit skapas därmed genom att individer deltar aktivt i olika sociala sammanhang och utvecklar gemensamma mål och värderingar med de andra deltagarna och har visat sig fungera som ett fenomen som underlättar sociala relationer av alla typer i ett samhälle. Exempelvis i bostadsområdet, i barnens skola eller på arbetsplatsen. Ett gott socialt kapital blir på detta sätt en garanti mot att samhället inte går mot en upplösning av det sociala kontraktet, det vill säga sin *tipping point*. Detta ger begreppet social kapital en central betydelse för att förstå social hållbarhet.

Begreppet socialt kapital har fått stor uppmärksamhet inom folkhälsovetenskaplig och socialepidemiologisk forskning, inte minst för att förstå mekanismerna bakom hälsans ojämlika sociala fördelning på både individ- och samhällsnivå där det på senare tid knutits till diskussionen om välfärdssamhällets roll för befolkningens hälsa och hälsans ojämlikhet.[51]. Malmökommissionens arbete har exempelvis visat att enbart i Malmö beräknas ojämlikhet i hälsa kosta mellan 3-7 miljarder SEK årligen, beroende på skattningsmetod.[52] Därmed finns det vinster att göra, både ekonomiskt och socialt. Om det finns tillit mellan människor hjälper man varandra i olika svåra situationer som innebär ett hot mot hälsan. Exempelvis om man skulle mista sina försörjningsmöjligheter, drab-

---

[49] Östergren P-O. Malmökommissionen i en framåtsyftande tillbakablick. I: Vilhelmsson A & Östergren P-O (Red). Malmökommissionen visar vägen. Socialmedicinsk tidskrift 2014; 91(5): 513-525.

[50] Se till exempel Putnam R. Bowling alone: the collapse and revival of American community. New York: Simon & Schuster Paperbacks, 2000.

[51] Se till exempel Rostila M. Social Capital and Health. Inequality in European Welfare States. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2013.

[52] Kommission för ett socialt hållbart Malmö: Malmös väg mot en hållbar framtid: Hälsa, välfärd och rättvisa. Malmö stad Upplaga 1, Mars 2013.

bas av ekonomiska svårigheter, om det skulle uppstå problem i familjen, och så vidare. Tillit till samhällsinstitutionerna har också betydelse för benägenheten att söka hjälp av dem eller att lyssna på olika budskap som de försöker förmedla, exempelvis råd hur man kan förbättra sin hälsa.

Tillit till andra människor i det samhälle man lever i har också betydelse för hur aktivt man vill delta i detta samhälle och skapa de sociala relationer som är viktiga för det psykiska välbefinnandet. Allt detta gör att insatser för att öka det sociala kapitalet är viktiga både för att stärka det sociala kontraktet och för att förbättra hälsan hos individerna i ett samhälle. Det är därför viktigt att undvika att grupper och individer blir socialt marginaliserade eftersom det ökar hälsoklyftorna i ett samhälle. Nyanlända flyktingar behöver därför få del av det nya samhällets sociala kapital så snabbt som möjligt för att inte hamna i en långvarig ond cirkel av social marginalisering och försämrad hälsa. Detta kan åstadkommas genom att hitta arenor för socialt deltagande som kan etablera en god cirkel av ett ökande socialt kapital och en förbättrad hälsa som i sin tur ökar förutsättningarna för ett ytterligare utökat deltagande i det nya samhället.

Vad är arbete och vilken roll har arbetet för hälsan?

Som redan har nämnts, så är arbete ett sätt att både individuellt och kollektivt öka vår anpassning till vår omgivning. Vi får en inkomst, känner ett socialt värde och får sociala kontakter, vilket är viktiga faktorer för en god hälsa. Arbetsplatsen är också en viktig arena för socialt deltagande där tillit skapas. Att arbete har positiv inverkan på individens hälsa styrks av undersökningar som visar att hälsan förbättras påtagligt hos arbetslösa som erhåller ett arbete. Arbete ger inte bara en inkomst utan även sociala kontakter och ger en känsla av tillhörighet som är positiv för individens hälsoutveckling.[53]

Men vad är egentligen ett ”arbete”. Det kan tyckas självklart att ett arbete utgörs av sådan verksamhet som man får ekonomiskt utbyte av, exempelvis genom en anställning eller genom att man ska-

[53] Se även Östergren P-O. Hälsan i ett socialt hållbarhetsperspektiv. I: MILSA – stödplattform för migration och hälsa. Grunden läggs! Malmö: Holmbergs, 2015; s. 25-32.

par ett företag. Men det är en problematisk definition. Betalning är nämligen inget självklart kriterium på vad som är arbete, men *samhällsnytta* är kanske en bättre utgångspunkt. Ett intressant exempel i detta sammanhang är därför den idéburna sektorn, föreningslivet. Sverige tillhör ett av de länder i världen som har den mest utvecklade idéburna sektorn. Det har beräknats att cirka 400 000 årsverken genomförs av den idéburna sektorn i Sverige, utan ekonomisk ersättning. Totalt rör det sig om drygt 120 miljarder SEK som ”omsätts” per år inom sektorn (baserat på en månadslön på 25 000 SEK). Bara i Skåne finns 21 000 idéburna organisationer. Det finns inget som skulle tala för att ett sådant årsverke är av mindre samhällsnytta än ett årsverke som ersätts ekonomiskt. Det finns heller inget som talar för att möjligheterna att skapa socialt kapital genom deltagande i sådan verksamhet är mindre än i andra typer av verksamheter som vi kallar arbete. Därmed verkar den stora idéburna sektorn i Sverige utgöra en nästan helt outnyttjad potential för att erbjuda nyanlända flyktingar en verksamhet som innebär nytta för samhället och en viktig arena för socialt deltagande och utveckling av socialt kapital. Detta i sin tur skulle kunna skapa en god cirkel av förbättrad hälsa och social inklusion och öka möjligheterna på kort eller lång sikt till ekonomisk försörjning genom anställning eller etablerandet av ett företag.

En av delprojektets målsättningar har därför varit att undersöka förutsättningarna till att utveckla en samverkan mellan myndigheter å den ena sidan, framförallt Arbetsförmedlingen, som är huvudaktör i de nyanlända flyktingarnas etableringsprocess och den idéburna sektorn å den andra, med ett aktivt deltagande från de nyanlända själva.

Hur kan den idéburna sektorn involveras i etableringsprocessen?

Delprojektet har haft två utgångspunkter i arbetet med att skapa en process där offentliga organisationer, främst Arbetsförmedlingen och den idéburna sektorn skulle kunna dra nytta av varandras resurser för ett skapa en inkluderande etableringsprocess för nyanlända flyktingar. Den ena utgångspunkten var att få till stånd olika kunskapsallianser där olika typer av kunskap kunde mötas i en så

kallad *designprocess*, inspirerad av den amerikanske forskaren Donald Schöns idéer.[54]

En designprocess kännetecknas av att man i det första skedet skapar en ”brainstormsituation” för att hitta nya vinklingar på den utmaning man står inför för att i nästa steg se alternativa lösningar och i ett tredje steg identifiera hinder för dessa lösningar och föreslag hur dessa kan övervinnas. Det som skulle driva denna designprocess framåt var de olika typer av kunskap som samlades i kunskapsalliansen. En särskild vinst med kunskapsallianser är nämligen att när människor är delaktiga så blir de också intresserade av vad det blir för resultat. Därmed blir det också en mobilisering. Människor förbereds på resultatet och skapar också ett behov av att få reda på hur ”det gick” När människor engageras människor som medborgare görs det utifrån ett demokratiskt ideal. Medborgarna har viktiga erfarenheter och kunskaper som kan vara betydelsefulla för till exempel en stads utveckling. Det är dock viktigt att det krävs företrädare för olika typer av kunskap för att alliansen ska kunna generera något värdefullt. Forskarna har en väldigt viktig roll att spela i denna konstellation. I en kunskapsallians kan deltagarnas utgångspunkter, problem och frågeställningar nämligen möta de redskap forskarna kan bidra med. I det här fallet deltog forskare med såväl folkhälsovetenskaplig som socialvetenskaplig kompetens för att betona hälsoperspektivet inom etableringsprocessen.

Designprocessen innefattade både strukturer, arbetsprocesser och förslag på förändringar av regelverket som identifierades som hinder. Det konkreta utfallet tog skepnad både som nya former för samverkan och förändringar av arbetsprocesser för att stödja denna samverkan och i form av nya kontaktytor mellan offentliga organisationer och den idéburna sektorn. Det var således ett lärande arbetssätt. Därmed kunde forskarna i själva processen fungera som slags policyentreprenörer, det vill säga aktörer som aktivt utifrån

[54] Schön DA. The reflective practitioner. How professionals think in action. New York: Basic Books; Schön DA. Designing: rules, types and words. Design Studies 1988; 9(3):181-190; Schön DA. Problems, frames and perspectives on designing. Design Studies 1984; 5(3):132-136.

sitt kunskapsområde försöker påverka dagordningen, inklusive de centrala beslutsfattarna själva.[55]

[55] Eriksson J. Kampen om hotbilden: rutin och drama i svensk säkerhetspolitik. Stockholm: Santérus förlag, 2004

EN FÖRELÄSNINGS- OCH SEMINARIESERIE

Delprojektet arbetade också med en modell om hur samhällsreformer kan genomföras framgångsrikt genom att identifiera tre nivåer av djupet i genomförandet. Denna modell tillämpas av stora delar av FN-systemet i internationellt utvecklingsarbete. Även Sida använder sig av så kallade internationella utbildningsprogram (ITP) som en metod för kapacitetsutveckling och för att driva förändringsprocesser.

Den första nivån är att informera nyckelpersoner, exempelvis genom PM eller utbildningsträffar, i den organisation som har till uppgift att genomföra reformen. Att detta är nödvändigt ifrågasätter knappast någon, men de flesta är också eniga om att detta är otillräckligt. Nästa steg brukar vara att intressera ledningen för de utförande organisationerna att genomföra en process där man inventerar vilka förändringar som behövs för att kunna genomföra reformen, exempelvis genom att ta fram en handlingsplan. Även detta är vanligen rutin då en ny reform ska genomföras, medan den tredje nivån i genomförandet sällan kommer på tal, trots att forskningen på detta område pekat på dess stora betydelse. Denna nivå innebär att målgruppen för reformen involveras i processen, vilket innebär att man etablerar en ”möjliggörande omgivning” för att kunna genomföra reformen. Detta steg är viktigt för att skapa en förståelse i målgruppen om reformens innebörd och hur man kan använda sig av den på ett för dem meningsfullt sätt, samtidigt som den organisation som ska genomföra reformen kan ta del av målgruppens perspektiv och kunskaper då viktiga processer ska utfor-

mas. Det senare visar sig ofta avgörande för om reformen kan leverera något som fungerar för målgruppen och den vetenskapliga litteraturen är fylld av exempel på reformer som har misslyckats för att man inte har insett betydelsen av detta. Detta är ju också ett utmärkt exempel på värdet av kunskapsallianser. Den slutliga målgruppen för delprojektet (även MILSA som projekt) är nyanlända flyktingar, men detta delprojekt har arbetat på en annan nivå gentemot de parter som i sin tur arbetar med den slutliga målgruppen. Av etiska skäl har det inte varit möjligt att involvera nyanlända direkt i processen. Fokus har därmed legat på att nå gruppen via dels delprojektets aktörer, men även genom samhälls- och hälsokommunikatörerna, SHK, i Skåne. Via SHK förmedlas information på de nyanlända flyktingarnas modersmål för att underlätta samtal och kunskapsinhämtning, skapa tillit och delaktighet.

Förändringsprojektet

Enligt förstudien till MILSA, som byggde på intervjuer och observationer på Arbetsförmedlingen samt intervjuer med tjänstemän i andra organisationer (i landsting och kommuner), tenderar hälsorelaterad problematik att framstå som svårfångad och komplicerat att översätta i konstruktiva insatser eller vidare utredning, såväl inom den egna organisationen som till andra aktörer (främst landstinget).[56] Vidare styrktes bilden av att prestationsbedömningar kräver samverkan mellan flera aktörer som söker nya roller, en bild som bekräftats i statskontorets uppföljning av reformen 2012.[57] På nationell nivå har berörda parter (SKL, Arbetsförmedlingen, Migrationsverket, Försäkringskassan och länsstyrelserna) formulerat ett behov av gemensam kunskapsutveckling i syfte att lösa de begränsningar som finns inom nuvarande system.[58] En gemensam kunskapsutveckling anses därmed nödvändig för att kunna etablera de samverkansformer och rollfördelningar som krävs för att

[56] Fundberg A. Utan en klapp på huvudet. Etableringsuppdraget och hälsa. Länsstyrelsen i Skåne Län, 2012.
[57] Statskontoret 2012:22. Etableringen av nyanlända: en uppföljning av myndighetens genomförande av etableringsreformen. http://www.statskontoret.se/upload/Publikationer/2012/201222.pdf
[58] Se även MILSA – stödplattform för migration och hälsa. Grunden läggs! Malmö: Holmbergs, 2015.

nödvändiga prestations- och arbetsförmågebedömningar ska utföras i nödvändig omfattning.

Steg ett till det förändringsprojekt som utvecklades inom ramen för MILSA 2 var ett tidigare kartlagt behov av ingående parter i Skånes knutpunkter som tydligt bekräftat oklarheter och bristen på samverkan mellan intressenter i etableringsprocessen. Under 2013-2014 träffade projektledningen representanter för de fyra regionala knutpunkterna på Arbetsförmedlingens etableringskontor i Malmö, Lund, Helsingborg och Kristianstad. Sammantaget hölls det 15 knutpunktsmöten (Tabell 1). Diskussionerna i knutpunkterna fördes förutsättningslöst utifrån lokala behov och hur MILSA kunde fungera som ett stöd. Det totala antalet deltagare för alla knutpunktsmöten var 84 personer (64 unika deltagare).

Knutpunkt	Malmö	Lund	Helsingborg	Kristianstad
Deltagare	Kommun: 3 AF: 4 VC: 5 Forskare: 3 Länsstyrelsen: 4 Region Skåne: 1 Idéburen: 2 Övriga: 4	Kommun: 4 AF: 10 VC: 1 Forskare: 3 Länsstyrelsen: 2 Region Skåne: 1 Idéburen: 1 Övriga: 1	Kommun: 3 AF: 5 VC: 2 Forskare: 3 Länsstyrelsen: 2 Region Skåne: 1 Idéburen: 2 Övriga: 2	Kommun: 5 AF: 3 VC: 0 Forskare: 2 Länsstyrelsen: 2 Region Skåne: 1 Idéburen: 1 Övriga: 1
Totalt	26 deltagare	23 deltagare	20 deltagare	15 deltagare

Tabell 1: Deltagare under de uppsökande knutpunktsmöten

Intentionen med MILSA 2 och det förändringsprojekt som växte fram var att skapa kunskapsallianser i syfte att lösa problematiken med bland annat samverkan kring prestationsbedömningar. Det innebär att en kombination av aktörer, forskare och representanter för målgruppen och idéburen sektor erbjuder projektet en möjlighet att skapa ett förändringsprojekt i syfte att identifiera hinder och skapa ny gemensam kunskap och verktyg för att kvalitativt utveckla ett hälsoperspektiv i relation till nyanlända flyktingars behov och förutsättningar och effektivisera etableringsprocessen.

Nyckelaktörer i denna process var:

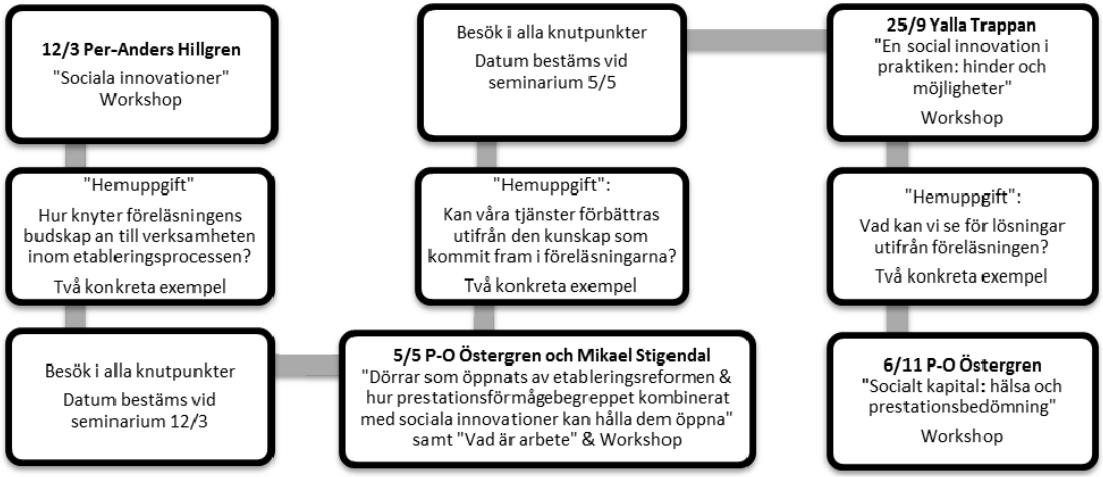
- Arbetsförmedlingen: handläggare och specialister inom etableringsuppdraget
- Kommunen: handläggare med koppling till etableringen av nyanlända

- Primärvården: läkare och rehabiliteringskoordinatorer
- Representanter för den idéburna sektorn
- Representanter för målgruppen

Utöver dessa deltagare deltog även forskare inom projektgruppen i processen vilket kan betraktas som så kallad följeforskning, det vill säga en kunskapsprocess ägnad att utvärdera och förbättra implementeringen av sociala reformer direkt i deras kontext. Implementeringen av förändringsprojektet genomfördes under 2014 och bestod vid varje tillfälle av tre olika former för gemensam kompetensutveckling. Den första delen bestod av öppna inspirationsföreläsningar utifrån olika teman som alla berörde viktiga frågor i relation till aktiviteter och sysselsättning kopplat till etablering. De öppna föreläsningarna följdes sedan av workshops i tvärsektoriella arbetsgrupper, så kallade knutpunktsgrupper med fokus på lokala behov och möjligheter. Varje knutpunktsgrupp fick sedan formulera en ”hemuppgift” som deltagarna tog med sig för diskussion i den egna organisationen. De skulle fråga sig hur de kunde använda föreläsningen och samtalen för att förändra sina egna processer för bedömning och handläggning och former för samverkan med andra parter.

Under projektets gång ”avknoppades” ett specialprojekt som gick under namnet *Fokus vårdresurser*. Detta projekt inkorporerades inom förändringsprojektet till ett riktat informations- och dialogseminarium som hölls på förmiddagarna vid varje seminarietillfälle. Därmed effektiviserades logistiken att samla deltagare inom hälso- och sjukvården i Skåne, eller tjänstemän inom Arbetsförmedlingen i Skåne som ändå skulle närvara dessa dagar. De olika passen kunde därmed komplettera varandra.

Förslagen som kom upp under eftermiddagarnas seminariepass behandlades vid ordinarie knutpunktsmöten och togs sedan upp vid nästa inspirationsföreläsning och seminarium. Det totala antalet deltagare för hela förändringsprojektet var 275.



Schema över förändringsprocess inom MILSA 2 under 2014

Föreläsningsserie

Som framgått bestod föreläsningsserien av så kallade inspirationsföreläsningar med olika innehåll kopplade till och med relevans för etableringen och med ett tydligt fokus på att involvera den idéburna sektorn. Därför var det viktigt att diskutera etablerade sanningar kring innebörden av ”arbete” (Föreläsning 2), samt hur man med olika verktyg som *Makerspace*, det vill säga en skapande och tillåtande miljö för idéutveckling, skulle kunna underlätta etablering av nyanlända (Föreläsning 1). Med en utvidgad definition av vad som räknas som arbete utgör Makerspaces en bra möjlighet för nyanlända att komma i sysselsättning tidigt, eftersom fokus ligger tydligare på brukaren som sätter agendan och skapar innehållet. Den idéburna sektorn är därför en viktig aktör genom att kunna bidra med sociala kontakter och meningsskapande verksamhet. *Yalla Trappan* i Rosengård Malmö är exempelvis ett sådant tydligt exempel (Föreläsning 3). Yalla Trappan började som en frivilligorganisation, men är nu ett arbetsintegrerande socialt företag och ett kvinnokooperativ där ett tjugotal kvinnor arbetar och tjänar egna pengar till sin försörjning. Dessa kvinnor var tidigare långtidsarbetslösa och långtidssjukskrivna, men under det senaste året hade de tillsammans mindre än en veckas sjukfrånvaro. Genom att koppla ihop etableringen till begrepp om hälsa och socialt kapital blir vikten av hälsofrämjande aktiviteter särskilt tydlig (Föreläsning 4).

Sammantaget ledde föreläsningsserien till att varje knutpunkt hittade olika sätt för samarbete utifrån sina egna förutsättningar. Framförallt såg man ett behov av sociala och hälsofrämjande åtgärder. Flera deltagare kunde se ett tydligt behov av ett nytänkt inom området aktiviteter. Makerspaces uppfattades som en särskilt viktig alternativ arena för att kunna möta människor där de befinner sig och ge dem möjlighet till delaktighet och en meningsfull tillvaro. Därmed skulle chanserna till en lyckad etablering även öka. Makerspaces skulle därmed kunna kombineras med SFI eller användas för att främja psykisk hälsa. Vidare såg deltagarna det som viktigt att utveckla samarbetet med ideella föreningar som till exempel när Yalla Trappan och Arbetsförmedlingen Lund gick in i ett samarbete för att ta emot praktikanter för arbetsintroduktion

inom ramen för etableringsuppdraget. Ett annat tydligt exempel är Hässleholms kommun som ganska omgående tog till sig idéer utifrån föreläsningarna och utifrån det skapade något eget.

Saker de har gjort är bland annat:

- Ett cykelprojekt där kommunen tog kontakt med två unga kvinnor från Syrien som hade cyklat på elitnivå. De tillfrågades om de ville fortsätta att tävla, vilket de ville, men de hade inte råd. Kommunen erbjöd dem då cyklar med förbehållet att de cyklade för en Hässleholmsklubb och dessutom ställde upp som instruktörer för andra. Därmed tränar de funktionärer samtidigt som de lär sig svenska genom att umgås med andra svenskar. De får sedan lära andra arabisktalande kvinnor att cykla och det finns samarbete med SFI.
- Ett samarbete med en yrkesskola i Hässleholm där kommunen skapade en textilgrupp (en man och nio kvinnor) genom att bjuda in intresserade som genomgick SFI-undervisning. Gruppen kombinerar sina textilaktiviteter med svenskundervisning. Från början var Arbetsförmedlingen lite skeptisk, men tog sedan kontakt när de insåg att denna grupp inte hade någon frånvaro. I gruppen kan de koppla motivation till språkinlärning. Med är en SFI-lärare som dessutom syr. Deltagarna pratar bland annat om tyg och textil och läraren lotsar dem fram till vad de vill göra. De får därmed vara delaktiga i problemlösandet samtidigt som läraren fungerar som en resurs och stöttar med språkinlärningen. De har nu utökat gruppen och har femton symaskiner. Efter att det hade skrivits om gruppen i en lokal gratistidning hörde två oberoende textilentreprenörer av sig och ville anställa två av deltagarna. Detta menar representanten för Hässleholms kommun är en grupp som annars hade suttit hemma och pratat med varandra men inte kommit vidare.
- Kommunen har även initierat samarbete med yrkesförberedande gymnasium där de kombinerar språklärande och praktiskt arbete inom Fordonsprogrammet. Gruppen har arabiskta-

- lande instruktör. Hässleholms kommun planerar även liknande grupp med byggutbildningen.
- Det finns även planer på en mobil språkenhet som kan bedriva undervisning och uppföljning på plats, för att kunna erhålla en teoretisk fördjupning. Det är ett viktigt inslag för att kunna komma vidare i språkutvecklingen.
- Kommunen har även ett litet projekt där man försöker använda jordbruksaktiviteter som en integrationsplats. Nyanlända kan ha till exempel ha haft djuruppfödning eller haft odlingar i sitt hemland, men när de kommer till Sverige och får reda på att dessa kunskaper inte efterfrågas här kan det bli en försvårande etableringsfaktor. Kommunen satte därför upp ett litet pilotprojekt kallat ”Bondekompis” där en nyanländ flykting under våren 2015 matchades ihop med en hästuppfödare för att vara där tre dagar i veckan och hjälpa till och samtidigt lära sig språket. Samtidigt tar sig uppfödarna an den nyanlända som en medlem i familjen. Endast dagersättning utgår. Personen har tekniska hjälpmedel med möjlighet till översättning och språkinlärning. Projektet började i april 2015 och pilotdeltagaren kunde då ingen svenska. Eftersom arbetet kräver möjligheten att kunna kommunicera med sina arbetskollegor har deltagaren snabbt lärt sig nödvändiga begrepp för miljön. Tanken är att med Lantbrukarnas Riksförbund (LRF) Skånes stöd kunna bygga ut verksamheten Bondekompis.
- Hässleholms kommun har även blivit kontaktat av folkbildningsverksamheten Sensus studieförbund som vill diskutera samarbete med studiecirklar. De är till exempel väldigt intresserade av att starta språkcaféer.
- Kommunen har även sökt medel för ett kommunalt projekt med Migrationsverket för kommunalt eget boende (KEBO). Med kommunen byggs en anläggning med lägenheter för 70-80 personer, cirka 35-35 lägenheter. Det är efter amerikansk modell med så kallade *community centres* där tanken är att alla företrädare ska finnas representerade som de nyanlända behöver i syfte att slippa onödiga transporter. Arbetsförmedlingen ska kunna gå direkt över till Socialkontoret till exempel så att problemet kan lösas direkt på plats.

Föreläsningar 2014	Föreläsning 1 *”Sociala innovationer. ”*	Föreläsning 2 *”Vad är arbete?”*	Föreläsning 3 *”En social innovation i praktiken: hinder och möjligheter”*	Föreläsning 4 *”Socialt kapital: hälsa och prestationsbedömning”*
Deltagare knutpunkt Malmö	Kommun: 1 Af: 8 Primärvård: 3 Länsstyrelsen: 1 Idéburen: 1	Kommun: 2 Af: 10 Primärvård: 3 Idéburen: 1 Övriga: 2	Kommun: 0 AF: 11 Primärvård: 1	Kommun: 1 Af: 10 Primärvård: 2
Deltagare knutpunkt Lund	Kommun: 3 Af: 9 Primärvård: 5 Länsstyrelsen: 2	Kommun: 4 Af: 6 Primärvård: 2	Kommun: 2 Af: 6 Primärvård: 2	Kommun: 1 Af: 5 Primärvård: 1
Deltagare knutpunkt Helsingborg	Kommun: 4 Af: 2 Primärvård: 1 Länsstyrelsen: 2 Idéburen: 1 Region Skåne: 1	Kommun: 2 Af: 1 Primärvård: 1 Region Skåne: 1	Kommun: 2 Af: 0 Primärvård: 1	Kommun: 2 Af: 0 Primärvård: 0
Deltagare knutpunkt Kristianstad	Kommun: 3 Af: 4 Primärvård: 1 Länsstyrelsen: 2 Idéburen: 1 Övriga: 2	Kommun: 3 Af: 6 Primärvård: 1	Kommun: 5 Af: 0 Primärvård: 0	Kommun: 0 Af: 5 Primärvård: 0
Övriga deltagare	Forskare: 3	Forskare: 4 Af: 1 Länsstyrelsen: 3 Idéburen: 1	Forskare: 2 Länsstyrelsen: 3 Idéburen: 4 Region Skåne: 1	Forskare: 3 Länsstyrelsen: 4 Idéburen: 2 Region Skåne: 1
Totalt	**60 deltagare**	**54 deltagare**	**40 deltagare**	**37 deltagare**
Resultat	Föreläsningen om designteori gav en förståelse av vikten att involvera människor för att skapa en social position. Att det är viktigt att våga tänka nytt, att testa i små steg. Knutpunkterna kunde se behovet av tydligare samverkan mellan aktörer och förståelse för varandras roller i etableringsprocessen. Kunde se behov av MILSA som stöd i arbetet framåt. Inse behovet av olika insatser i etableringsprocessen, och särskilt sociala och hälsofrämjande.	Frågan vad arbete är diskuterades bland deltagarna utifrån föreläsningen. Att våga se det arbetsförberedande som betydelsefullt för individen. Hit kan även hälsofrämjande insatser räknas dit – som ett sätt att bryta utanförskap. Nyanlända ser etableringsplanen som en stunds vila från det jobbiga de kommer ifrån. Ersättningen blir en trygghet. Planen i sig kan dock bli en stressor för vissa, eftersom ”etableringstänket” är fast i en 40 timmars plan. Svår balansgång mellan motverka passivitet och lägga på för stor börda med aktiviteter.	Knutpunkterna kunde se Yalla Trappan som en bra grund för att se hur viktig den idéburna sektorn och vilket viktigt stöd de kan vara för Af inom etableringen. I och med dessa viktiga sociala företag går det att nå grupper som riskerar att hamna utanför etableringen. Bland berättade representanter för Af Malmö att de etablerat samarbete med ABF och sedan tidigare har de samarbete med NAD. Lunds kommun och Af Lund initierade samarbete med Yalla Trappan.	Vid slutsummering av projektet berättar flera deltagare har fått upp ögonen för hur andra ser på samma problem, vilket hjälpt dem att tänka i nya spår. Knutpunkterna har börjat söka samarbeten mellan Af och kommun, men även genom att involvera idéburen sektor i etableringen. Samtidigt har det blivit tydligare med samverkan mellan Af och vårdenheterna och behovet av rehabkoordinator.

Tabell 2: Möten och deltagare under MILSA 2 förändringsprojekt 2014

Riktat informations- och dialogseminarium - Fokus vårdresurser

I det inledande utvecklingsarbetet inom MILSA 2 kom parterna tidigt till insikt att utvecklingsarbetet som var planerat inom ramen för nuvarande projektplan inom MILSA 2 inte var tillräckligt för att uppnå målet med projektet. Inom MILSA 2 hade projektets deltagare identifierat att det saknades både kunskap och förutsättningar för att etablera samarbets- och utvecklingsytor med de vårdaktörer som krävs för ett kompetensförstärkande och utvecklingsinsatser specifikt anpassade till vårdens förutsättningar och problematik. Under hösten 2013 bildades därför en arbetsgrupp ”Fokus vårdresurser” inom MILSA 2 som skulle titta specifikt på samverkan mellan Arbetsförmedlingen och primärvården gällande prestationsbedömningsintyg.[59]

I en förprojekteringsfas hade möten med verksamhetschefer inom primärvården och Arbetsförmedlingen initierats och utförts under vintern 2013 i syfte att sondera terrängen i fråga om intresse och behov från parterna. Relevanta vårdcentraler identifierade utifrån *Care Need Index (CNI)*, en metod för att med hjälp av socioekonomiska indikatorer identifiera patienter med högre risk för ohälsa. Särskilda möten hölls under våren och hösten 2014 mellan representanter från Arbetsförmedlingen och primärvården. Syftet med dessa möten vara att skapa en fri arena för deltagarna att tala öppet och fritt kring etableringen och hur de såg på samverkan med varandra och särskild identifiera de hinder de upplevde i sin vardag. Delprojektets delmål var:

- Att främja samverkan mellan Arbetsförmedlingens etableringskontor och enskilda vårdcentraler inom hälso- och sjukvården i Skåne så att väntetiden på medicinska underlag kan minimeras.
- Att initiera utvecklandet av medicinska underlag som stödjer etableringsprocessen på avsett sätt.

[59] Arbetsgruppen bestod av Hidajeta Jusopovic, Region Skåne, Liselotte Olsson Kulevska, Arbetsförmedlingen Malmö samt Andreas Vilhelmsson, Lunds universitet och processutförare inom MILSA 2.

Sammantaget hölls fyra möten och totalt deltog 84 personer (51 unika deltagare, 9 män och 42 kvinnor). Två möten hölls på våren och två på hösten. Mötena var både organisationsspecifika och gemensamma. Fokus låg på att diskutera de medicinska underlagen utifrån de olika verksamheterna och hur processflödet såg ut både inom och mellan de olika organisationerna. Arbetsförmedlingens samverkan med vårdenheter när det gällde att erhålla medicinska underlag för prestationsbedömningarna beskrevs av vissa etableringshandläggare vid Arbetsförmedlingen vid projektstarten som att skicka ärendet in i ”det svarta hålet”. Processen med vårdcentralen kunde ta alltifrån tre månader upp till ett år, och ibland hände inte något överhuvudtaget. Det innebar att etableringsärendet stannade upp och därmed hindrade den nyanländes utveckling i det nya landet. Från vårdens sida kom det till uttryck att de kunde få vaga eller obegripliga förfrågningar och att underlag därför kunde bli liggande i väntan på klargörande. Läkarna visste inte vad som förväntades av dem. Avslutningsvis diskuterade deltagarna egna särskilt svåra fall utifrån *Casemetodik*, det vill säga den pedagogiska metoden ”lära genom att göra”. På så vis kunde de få förståelse kring dels hur de själva resonerade inom den egna verksamheten, men även hur deras motpart diskuterade kring samma fall och hur man kunde gjort annorlunda för att förenkla.

De medicinska underlagen

Ett område som identifierades som centralt under mötet var att det för de enskilda vårdcentralernas del är viktigt att arbetsförmedlaren skriver vid förfrågan om medicinskt underlag mot vilka arbetsuppgifter utlåtandet ska ställas så att de har något att ta ställning till, exempelvis förslag vad patienten ska kunna göra. Enligt handläggarstöd, följebrev till vårdgivare med förfrågan om utlåtande, viljeinriktning är detta något som redan borde ske. Det finns prestationer som vårdcentralen inte har kunskap om och att det kan vara svårt för dem att hålla sig uppdaterade. Arbetsförmedlingens förslag skulle sedan kunna diskuteras inom respektive vårdcentrals rehabiliteringsgrupp, exempelvis om vissa aktiviteter kan anses olämpliga för patienten utifrån den medicinska bedömningen.

De medicinska underlag som utfärdas förväxlar dessvärre ofta prestationsförmåga med arbetsförmåga, eftersom det är mot arbete som ett läkarutlåtande om hälsotillstånd traditionellt ställs. Det innebär att intyget tar fasta på de begränsningar som den nyanländes hälsotillstånd innebär, istället för på lämpliga etableringsaktiviteter för den nyanlände med hänsyn tagen till dennes hälsa. Detta riskerar leda till en "sjukskrivningsproblematik" med risk för utveckling av en kronisk sjukroll hos den nyanlände som förhindrar en effektiv etableringsprocess. Även detta kan förhindra uppfyllandet av intentionerna med etableringsreformen med stora kostnader för samhället och lidande för individen och dennes familj. Vidare är det centralt att notera att om befintliga system inte förmår att tidigt identifiera och stödja nyanlända vuxnas etableringsprocess så kan även barnen i dessa familjer påverkas negativt. Detta har bland annat en kartläggning som Röda Korset gjorde 2013 visat.[60]

För att underlätta samverkan diskuterades förslag om att upprätta ett gemensamt elektroniskt system där det till exempel kan stå att sökanden tillhör etableringen för att underlätta dessa ärenden kring prestationsbedömning. Sekretessregler kan dock hindra den samverkan som projektet avser mellan Arbetsförmedlingen och primärvården och det uppkommer dessutom rent tekniska problem där individens integritet måste respekteras. Ett problem är exempelvis hur arbetsförmedlaren skall få del av den information som framkommer vid hälsosamtalet. Sekretessen gör att vårdgivaren inte utan vårdtagarens medgivande kan lämna över information till en annan myndighet. Majoriteten av de nyanlända kan skriva på ett papper som häver sekretessen mellan berörda myndigheter och detta medgivande bör kunna användas rörande hälsosamtalen, men det är oklart hur det ska fungera i praktiken. En lösning som diskuterades är att den nyanlände själv är länken och därmed bär informationen med sig, vilket skulle vara möjligt då alla har rätt att ta del av sin journal. De nyanlända kan i så fall begära ut en kopia på underlaget från hälsosamtalet och ge denna till sin arbetsförmedlare. Det skulle behöva etableras en rutin för detta förfaringssätt. Ett annat sekretessproblem är att vårdcentralen inte kan få

[60] Röda Korset. Behov och brister i mottagandet och etableringen av migranter. En kartläggning utifrån Röda Korsets lokala iakttagelser. Stockholm, 2013.

tillgång till den utredning som är gjord av arbetsförmedlingens specialister. Denna utredning bör ligga till grund för den bedömning läkaren ska göra.

Rehabkoordinator – "spindeln i nätet"

Arbetsgruppens mest övergripande slutsats utifrån workshop-serien var att rehabkoordinatorn är en outnyttjad resurs. Rehabkoordinatorn – eller dess fulla beteckning rehabiliteringskoordinatorn - är en funktion inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet på vårdcentraler. Denna funktion har allmänt dock inte utnyttjats inom etableringen, eftersom den kom till i ett projekt inom sjukskrivningsmiljarden. Den skulle (om den finns på plats), kunna vara kontaktytan mot Arbetsförmedlingen även när det gäller medicinska underlag för att bedöma prestationsförmåga hos nyanlända. Eftersom det är en funktion som används inom sjukskrivning i största allmänhet kunde vi snabbt konstatera att den mycket riktigt redan fanns på de flesta vårdcentraler. Problemet är bara att uppgiften tilldelas olika yrkesgrupper och att personen i frågar ibland varken har arbetstid avsatt eller extra ersättning för detta. På vissa vårdcentraler innehas till exempel rehabkoordinatorsfunktionen av en läkarsekreterare, men ibland kan det också vara en kurator, en arbetsterapeut, eller en sjuksköterska. Flera av vårddeltagare, varav vissa rehabkoordinatorer, upplevde det därför som en titel utan innehåll och med otydlig arbetsbeskrivning. Därmed utnyttjas inte den resurs som ligger i rehabkoordinatorernas uppdrag, att ha en samordnande roll och funktion. Denna resurs kan, rätt utnyttjad, korta ner väntetider och påtagligt korta ned tiden det tar att skriva fram ett underlag. Koordinatorsrollen innefattat dessutom att främja samarbetet inom den egna arbetsplatsen likaväl som med andra myndigheter, som till exempel Arbetsförmedlingen. Rehabkoordinatorn kan därmed fungera som "spindeln i nätet", vilket i det här fallet innebär att förbereda underlaget innan läkaren gör sin medicinska bedömning så att läkare inte ska behöva utföra "onödigt" arbete, det vill säga en arbetsbesparande åtgärd inom en ansträngd verksamhet, vilket enbart av den anledningen borde välkomnas. Enligt en rapport från Statens beredning för medicinsk utvärdering – SBU, som är kunskapscentrum för hälso- och sjukvår-

den, är detta ett sätt att stärka primärvården genom att utse en person, som precis som rehabkoordinatorn, kan fungera som ”spindeln i nätet” mellan vårdsökande och personal. En sådan samordnande person, ibland kallad ”care manager”, kan till exempel vara en sjuksköterska som specialutbildas och har utvärderats inom till exempel depressionsvård. Modellen är kostnadseffektiv enligt amerikansk forskning, men det saknas svenska studier.[61] Rehabkoordinatorn kan dessutom under sina ärendeförberedelser räta ut eventuella frågetecken i de fall förfrågan är oklar och ta kontakt med ansvarig handläggare på Arbetsförmedlingen för att lösa denna oklarhet omgående. Därmed behöver inte ärenden samlas på hög. Inte helt oväntat blev det övergripande resultatet från seminarierna att rehabkoordinatorn vid vårdcentralerna skulle kunna vara kontaktytan mot Arbetsförmedlingen när det gäller prestationsbedömningar och att funktionen därför borde införas inom etableringsuppdraget. Arbetsförmedlingen såg det därför som mycket viktigt att utveckla samarbetet med Region Skåne och att genom en rehabkoordinator kunna förkorta processen till vården och korta ner ledtider.

En effektiviserad vård

Därmed stod det klart i projektet att om en rehabkoordinator engagerades skulle det innebära en effektivisering av hälso- och sjukvårdens resurser. Det skulle kunna både öppna upp ”hängrännan” mellan Arbetsförmedlingen och hälso- och sjukvården, och samtidigt eliminera ”flaskhalsar” inom berörda vårdenheter. Detta förefaller vara ett bra arbetssätt för att få ner ärendehantering och minska på läkarens delaktighet i uppgifter som istället kan utföras av de andra i teamet. Teamtänket och koordinatorsrollen är något som dessutom undersöks och testas alltmer inom primärvården.[62] Detta visar bland annat en utvärdering som Socialstyrelsen gjort inom äldrevården. Av utvärderingen framgick att det främst är arbetet med att utveckla det teambaserade arbetssättet som visat re-

[61] SBU. Implementeringsstöd för psykiatrisk evidens i primärvården. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2012.
[62] Socialstyrelsen. Försöksverksamheter och samverkansnätverk för de mest sjuka äldre. Slutrapport från utvärderingen. Publicerad www.socialstyrelsen.se, maj 2014

sultat som kunnat beläggas vetenskapligt och som därmed varit framgångsrikt.

Det ligger även väl i linje med den nationella utvärderingen av koordinatorfunktionen inom sjukskrivning- och rehabiliteringsområdet, *ReeKoord-projektet*, vars samlade bedömning var att koordinatorsfunktionen har en mängd positiva effekter för patienters rehabilitering och för läkares och andra medarbetares arbete med sjukskrivning och rehabilitering samt för samverkan med externa aktörer.[63] Även här använder man uttrycket ”spindeln i nätet”. Att effektivisera processen inom primärvården och i kommunikationen med Arbetsförmedlingen borde därmed falla väl inom Region Skånes arbete med processteorier som *Lean* med syfte att skapa smidigare patientflöde.[64] Att minska läkares administrativa börda faller även väl in i den pågående nationella diskussionen om primärvårdens styrning där en Riksrevisionsrapport särskilt kritiserade vårdvalet inom Region Skåne som de menar tenderar att tränga undan de svårast sjuka till förmån för de friska[65], något som hänger samman med brist på läkare och läkarkontakt, men även vårdvalens ersättningssystem.[66] Detta framkom även inom projektets diskussioner där det blev tydligt att det är *Hälsovalet* som avgörs vad som prioriteras, det vill säga att det som ger ersättning prioriteras.

En effektiviserad etableringsprocess

Utifrån projektets insikter tog arbetsgruppen fram en processkarta i syfte att demonstrera hur arbetsgången för ett ärende skulle kunna se ut mellan Arbetsförmedlingen och en vårdcentral. Processkartan förutsätter tillgång till en rehabkoordinator med väldefinierade arbetsuppgifter (se Bilaga 3). Ett bättre samarbete mellan Arbetsförmedlingen och vårdcentralerna kring prestationsbedömningarna handlar inte endast om att förenkla kommunikationen aktörerna emellan. Det handlar lika mycket om hur arbetsförmedlingens

---

[63] ReKoord-projektet. Nationell utvärdering av koordinatorfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet. Västerbottens läns landsting i samarbete med Umeå Universitet och Mittuniversitetet, 2013.

[64] http://www.skane.se/sv/Webbplatser/kvalitetsutveckling/Forbattringsarbete2/Metodik-och-angreppssatt/Lean--Smidigt-flode/

[65] Benämns ibland som ”The inverse care law”, dvs. att de som minst behöver vård får mest, medan de som behöver mest får minst, se Hart JT. The inverse care law. Lancet 1971;297(7696):405-412.

[66] Riksrevisionen. Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan? RiR 2014:22

etableringsinsatser skulle kunna utformas så att de främjar ett maximalt deltagande för den nyanlände i aktiviteter inom etableringen. Sådant deltagande är i normalfallet på heltid. Detta förutsätter att:

- Aktiviteterna så långt som möjligt är anpassade till individens förutsättningar.
- Prestationsbedömningen görs med hänvisning till aktiviteten.
- Arbetsförmedlingen vid behov initierar samarbete med andra aktörer.

Utifrån mötena och processens gång kom arbetsgruppens fram till vissa övergripande förslag:

- Att det förs diskussion inom Region Skånes Hälso- och sjukvårdsstyrelse (HSS) att rehabkoordinatorer ska vara länken mellan Arbetsförmedlingen och primärvården.
- Rehabiliteringskoordinators roll ska skrivas in i ackrediteringen för vårdcentralerna (regelverk). Det ska sedan implementeras in i Hälsovalet. Utan ekonomiskt incitament kommer det inte att fungera.
- Rehabkoordinatorns roll ska vara tydligt definierad och personen måste ha arbetstid avsatt för att kunna utföra sitt uppdrag.
- Rehabiliteringskoordinatorns bör om möjligt inneha medicinsk utbildning, eftersom läkare då inte behöver involveras i samma utsträckning.
- Professionsutbildningar (exempelvis läkarprogrammet) borde innehålla moment om migration och hälsa, samt mottagandeprocessen och etableringsplanen.

Implementering

Tanken är att belastningen på vården ska minska och arbetet därmed effektiviseras, vilket innebär att det i projektet Fokus vårdresurser, finns incitament för implementering i ordinarie verksamhet efter projektets avslutande. Det förefaller dessutom saknasett nationellt intresse kring dessa frågor.

I syfte att testa de nyvunna kunskaperna kring rehabkoordinatorns roll inom etableringsprocessen initierades ett särskilt pilot-

projekt. Tanken var att tillämpa de nyvunna kunskaperna för att sedan successivt ”skala upp” verksamheten genom att hjälpa vårdcentraler att förstå rehabkoordinatorns roll och hur den bäst utnyttjas. Ett första steg i denna process har varit att en rehabkoordinator i pilotprojektet informerat om sitt arbetssätt för både etableringshandläggare på Arbetsförmedlingen, men även på vårdcentraler som ännu inte initierat rollens potential. Rehabkoordinatorn har vi vid ett flertal möten under både Fokus vårdresurser och inom knutpunktsmöten kunnat informera hur hon i sin roll kan avlasta läkarna genom att förbereda underlaget innan läkaren gör sin medicinska bedömning. Därmed har hon kunnat få ner tiden för ärendehanteringen. Implementeringsprojektet kom igång under våren 2015 och kommer att utvärderas framöver.

Workshopserie 2014	Workshop I för Primärvård	Workshop II för Af	Workshop III för Af & Primärvård	Workshop IV Af & Primärvård
Deltagare	Kommun: 0 Af: 2 Primärvård: 6 Region Skåne: 1 Forskare: 1	Kommun: 2 Af: 23 Region Skåne: 1 Forskare: 1	Kommun: 0 Af: 16 Primärvård: 5 Region Skåne: 1 Forskare: 1	Kommun: 0 Af: 18 Primärvård: 3 Region Skåne: 1 Forskare: 1 Länsstyrelsen: 1
Mötesinnehåll	Vid första mötet diskuterades specifikt det medicinska underlaget och samverkan mellan arbetsförmedling och vårdenheter. Det framkom att förfaringssättet verkar skilja sig åt mellan olika respektive vårdcentral. Efterföljande diskussion fokuserade på om en rehabkoordinator på en vårdcentral borde vara den som tar emot ansökan i stället för att den hanteras som vanlig post innan den tilldelas ledig läkare, ofta utan särskilt ansvar för etableringen.	Vid andra mötet diskuterades specifikt prestationsbedömningar och samarbetet mellan Af och primärvård med enbart deltagare från Af. Synpunkter fördes fram som bekräftade problematiken från första mötet med primärvården. De flesta AF-handläggarna saknade en fast kontakt inom primärvården. En rehabkoordinator som ingång och kontaktperson skulle därmed kunna innebära stora fördelar för Af när de lämnar in en begäran om läkarutlåtande.	Under det tredje mötet som vände sig till både deltagare från Af och primärvården var en rehabkoordinator särskilt inbjuden för att berätta om sin roll och sina erfarenheter av yrkesrollen. Mycket av det hon berättade bekräftade redan identifierad problematik. Alla knutpunkter var överens om att begäran om läkarutlåtande ska skickas direkt till Rehabkoordinatorn istället för till en läkare. Därför ansågs det viktigt att rehabkoordinatorn ska ha en tydligare roll, att personen har arbetstid avsatt, och att statusen höjs.	I det fjärde och sista mötet bekräftades att rehabkoordinatorn borde vara kontaktytan för Af gentemot primärvård när det gäller förfrågan om prestationsbedömning. Utifrån Casemetodik fick deltagarna beskriva och diskutera den egna situationen i respektive knutpunkt. Frågeställningen från Af till vårdcentralen identifieras som särskilt viktig. AR-specialisternas roll diskuteras även då de används olika mycket i knutpunkterna och att deras redan utförda arbete inom Af borde komma primärvården till del så att inte dubbelarbete utförs.
Totalt	10 deltagare	27 deltagare	23 deltagare	24 deltagare

Tabell 3: Riktat dialog- och informationsseminarier för Arbetsförmedling (Af) och primärvård på temat intern- och extern samverkan kring arbets- och prestationsbedömningar 2014

HUR KAN DE OFFENTLIGA SYSTEMEN ARBETA FÖR ATT FRÄMJA INKLUDERING?

Det som hittills beskrivs öppnar upp för att de offentliga systemen genom förändrade synsätt och arbetssätt kan skapa de första viktiga stegen på inkludering genom att involvera de nyanlända flyktingarna i organisationens eget arbete. Detta innebär att de nyanlända får en möjlighet till ett ökat inflytande över sin egen situation, i det här fallet etableringsprocessen, samt att de får en meningsfull roll i det samhälle som de just har kommit till. Dessa faktorer är i sig positiva för hälsan, särskilt det psykiska välbefinnandet. Frågan är hur det detta kan se ut i praktiken. Under tiden som MILSA pågått har Riksrevisionen genomfört en omfattande granskning av statens insatser för nyanländas etablering.[67] Därmed möjliggör det att diskutera delprojektets resultat i relation till deras granskning.

Riksrevisionens granskning av etableringen

I Riksrevisionens granskning har det bland annat framkommit att samverkan och samarbete har försvårats av Arbetsförmedlingens arbetssätt och organisation.[68] I samband med Riksrevisionens intervjuer har det exempelvis framkommit kritik mot att Arbetsförmedlingen under senare år har haft en alltför centraliserad och de-

[67] Sammantaget har myndigheten publicerat nio granskningar 2011-2014.
[68] Riksrevisionen. Att tillvarata och utveckla nyanländas kompetens – Rätt insats i rätt tid? RIR 2014:11.

taljstyrd organisation, vilket försvårat ett lokalt anpassat arbetssätt samt möjligheterna att etablera en välfungerande samverkan på regional och lokal nivå. Flera kommuner har framfört att det är svårt att veta vilken nivå av myndigheten de ska vända sig till, att kontaktpersoner ofta byts ut eller att kontakter tas men att dessa sedan inte följts upp av Arbetsförmedlingen. Detta var tydligt även inom delprojektet, dels genom hälso- och sjukvårdens kritik gentemot Arbetsförmedlingen gällande svårigheten att finna rätt kontaktperson inom myndigheten, men även gällande Arbetsförmedlingens egen kritik kring hur de kände sig låsta i sitt arbete med etableringsplanerna som tydligt skulle vara fokuserade mot 40 timmars arbetsvecka, vilket försvårade införandet av sociala aktiviteter i etableringsplanerna med en bredare förståelse av begreppet prestation.

Närbyråkratens handlingsutrymme

Sant är att Arbetsförmedlingens arbete inom ramen för etableringsuppdraget är i hög grad reglerat av lagar, förordningar, och föreskrifter. Regeringen kan därtill styra verksamhetens inriktning för varje år genom att ange mål, uppdrag och finansiella villkor utifrån vilka myndigheten fattar beslut om interna riktlinjer för verksamheten. Samtidigt bjuder ett traditionellt perspektiv på styrning, det vill säga att beslutsfattaren (Regeringen) talar om för Arbetsförmedlingen vad myndigheten ska göra, även in till vad Lipsky valde att kalla ”street-level bureaucracy”[69], eller närbyråkrati. Denna motpart i andra änden av policyarbetet innebär att de som mer eller mindre professionellt arbetar med människor i sin dagliga gärning i själva verket har så stor handlingsfrihet och handlingsförmåga i sin dagliga verksamhet att det i själva verket blir de - och inte politikerna - som utformar politiken inom sitt område, helt enkelt är att dessa närbyråkrater i sitt arbete med människor förutsätts ta individuell hänsyn.[70] En deltagare benämnde det som att det finns ett systemproblem, en slags fyrkantighet inom etablering-

[69] Teorin lanserades av Michael Lipsy i boken Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services. New York: Russel Sage Foundation, 1980.

[70] Sannerstedt A. Implementering – hur politiska beslut genomförs i praktiken. I: Bo Rothstein (red) Politik som organisation. Förvaltningspolitikens grundproblem. Stockholm: SNS Förlag, 2001; s.18-48.

en i och med dess förordning av åtta timmars arbetsdag och arbetstanken. Istället för att se arbete, menade han, borde fokus ligga på *samhällsnyttobegreppet*. Genom att ”hålla en individ igång” blir nettovinsten högre. Därmed måste vi ta tillvara den motivation människor kommer med, och även hos de som mår sämre. Annars leder det bara till frustrerade människor. Detta i sig påverkar självfallet socialt kapital och social hållbarhet. Syftet med inspirationsföreläsningarna var därför att öppna upp begrepp som arbete, prestation och hälsa för en mer tillåtande tolkning.

MILSAs resultat ligger i linje med Riksrevisionen som föreslår att Arbetsförmedlingen ges ett större handlingsutrymme att agera utifrån varierande lokala förutsättningar. Positivt är därför att regeringen har deklarerat att styrningen av Arbetsförmedlingen ska bli mindre detaljinriktad, för att myndigheten i större utsträckning själv ska kunna bestämma hur dess mål ska nås. Som ett led i detta har uppdragen till myndigheten i regleringsbrevet för 2015 i stort sett halverats i förhållande till 2014.[71]

Tydlig ansvarsfördelning

Riksrevisionen vill även se en tydligare ansvarsfördelning mellan inblandade aktörer. I detta ligger en rekommendation till regeringen att stimulera landsting och regioner att aktivt medverka inom ramen för etableringsuppdraget. Syftet bör vara att i ett tidigare skede kunna upptäcka eventuella behov av hälso- och sjukvård som annars skulle riskera att försena etableringen samt skapa en bättre samverkan mellan hälso- och sjukvården, Arbetsförmedlingen och berörda kommuner. Erfarenheter på såväl regional som nationell nivå visar att nödvändiga medicinska bedömningar oftast tar lång tid att erhålla och därför bromsar upp och i värsta fall omöjliggör en planerad etableringsinsats. Skånes särskilda utmaningar på detta område var något som lyftes fram i OECD:s ”Territorial Review” 2012[72] och det finns starka skäl att särskilt uppmärksamma denna problematik i relation till Skånes möjligheter till tillväxt. Nuvarande problematik med prestations- och arbets-

[71] Regeringsbeslut (2014-12-22) Regleringsbrev för budgetåret 2015 avseende Arbetsförmedlingen, Arbetsmarknadsdepartementet.
[72] OECD Territorial Reviews: Skåne, Sweden 2012, OECD Publishing, 2012.

förmågebedömningar utgör ett hinder för nyanländas arbetsmarknadsetablering i Skåne. Något som riskerar leda till en negativ cirkel där utanförskap, brist på delaktighet och arbetslöshet innebär högre risk för ohälsa som i sin tur leder till ytterligare försämrade möjligheter för arbetsmarknadsetablering och möjligheter att bidra till Skånes tillväxt. Fördröjningar i etableringsarbetet medför inte bara frustration och lidande för den nyanlände utan innebär även på sikt en hög kostnad för samhället.

Matchning

Enligt Riksrevisionens existerar även effektivitetsbrister i statens insatser för att tillvarata och utveckla de nyanländas kompetens, särskilt när det gäller att utgå från den enskildes förutsättningar och behov.[73] Myndigheten har granskat hur statens insatser för nyanländas etablering fungerar och myndighetens övergripande slutsats är att insatserna inte är tillräckligt effektiva och att det krävs förändringar inom såväl integrationsområdet som angränsade politikområden.[74] Riksrevisionens rekommendation till Arbetsförmedlingen är därför att göra en översyn av de samlade åtgärder och insatser som erbjuds nyanlända inom etableringsuppdraget. Syftet med översynen bör vara att skapa ett mer individanpassat och kvalitativt serviceutbud som bättre förmår tillvarata och utveckla nyanländas kompetens och rusta för en senare arbetsmarknadsetablering. Här kan MILSAs modell med idéburen sektor och matchning vara en del för att komma tillrätta med denna problematik. Projektets deltagare kunde utifrån sina lokala sammanhang i respektive knutpunkter relatera till att Arbetsförmedlingen har sitt regelverk, men att det inte får hindra handling utan att man istället måste kunna finna andra lösningar. MILSA 2 hade därför stor hjälp av projektet NAD (Nätverk-Aktivitet-Delaktighet) med sin metod för hur man i etableringsplaner kan skapa hälsofrämjande, språkfrämjande och nätverksbyggande föreningsaktiviteter som matchas med den enskildes intressen och behov.[75] Makerspace med sitt kreativa

---

[73] Riksrevisionen. Att tillvarata och utveckla nyanländas kompetens – Rätt insats i rätt tid? RIR 2014:11.

[74] Riksrevisionen. Nyanländas etablering – är statens insatser effektiva? RIR 2015:17.

[75] Se även Nilsson H. NAD – idèburen sektor. I: MILSA – stödplattform för migration och hälsa. Grunden läggs! Malmö: Holmbergs, 2015; s. 47-50.

fokus på skapande och användaren är ett bra verktyg för att matcha behov med efterfrågan.

Att involvera den idéburna sektorn

Enligt Riksrevisionens granskning av staten och det civila samhället i integrationsarbetet[76] har statens ambition att på olika sätt involvera det civila samhället i statens integrationsarbete inte resulterat i motsvarande utveckling i berörda myndigheters faktiska verksamhet. Civilsamhällets begränsade deltagande i integrationsarbetet innebär att den mångfald verksamheter, som enligt riksdag och regering kan bidra till en effektivare etablerings- och integrationsprocess, inte har uppnåtts till fullo. Även om några åtgärder vidtagits som skapar bättre förutsättningar för civilsamhället att vara utförare, visar Riksrevisionens granskning att det finns behov av ytterligare åtgärder för att skapa den önskade mångfalden verksamheter inom integrationsområdet. Som diskuterats i denna rapport kan deltagande i det civila samhällets verksamheter underlätta etablering och integration, samtidigt som det kan ge den nyanlände stöd, nätverk och kontakter. Den stora idéburna sektorn i Sverige bör därmed ses som en stor och hittills nästan helt outnyttjad potential för att erbjuda nyanlända flyktingar en verksamhet som innebär nytta för samhället och en viktig arena för socialt deltagande och utveckling av socialt kapital.

Detta kan skapa en god cirkel av förbättrad hälsa och social inklusion och öka möjligheterna på kort eller lång sikt till ekonomisk försörjning genom anställning eller etablerandet av ett företag.

Hinder

Det är dock viktigt att förstå att alla eventuella hinder och problem inom etableringen inte enbart beror på en samverkansproblematik mellan de aktörer som tilldelats uppgifter inom uppdraget, utan att det även kan finnas problem av högre och mer politisk art. Ett sådant hinder är självfallet brist på bostäder som på ett tydligt sätt försvårar integration och bostadsbristen är ett fortsatt hinder för många att ta sig in på arbetsmarknaden. Precis som Riksrevisionen

[76] Riksrevisionen. Staten och det civila samhället i integrationsarbetet. RIR 2014:3.

kommit fram till i sin granskning av nyanländas etablering i Sverige är bostadsbristen en starkt begränsande faktor för en lyckad etablering. Flera deltagare inom MILSA (etableringshandläggare vid Arbetsförmedlingen och kommun, verksamhetschefer vid Arbetsförmedlingen och inom primärvården) vittnade om vilken viktig fråga bostadsbristen är för nyanländas etablering. Det innebär att nyanlända går sysslolösa medan de väntar på boende och etableringsinsatser. Därmed riskerar de hamna i ett utanförskap, eftersom de inte får möjlighet att lära sig språket och komma in i samhället via SFI och SO. Bostadsfrågan låg dock utanför MILSAs fokus. Regeländringen som infördes 1 april 2014, att Arbetsförmedlingen inte ska upprätta en etableringsplan förrän den nyanlända har tagits emot i en kommun, har dessutom lett till att det uppstått en svart marknad med försäljning av bostadsadresser. Genom att ”köpa” en adress i en kommun (ofta som inneboende) kan den nyanlända bli inskriven i etableringen.

Ett annat politiskt hinder är att landstingen vid etableringsreformens tillblivelse inte tilldelades ett särskilt uppdrag trots att de är en nödvändig part i arbetet. Självfallet försvårar det samverkan gällande de medicinska underlagen till Arbetsförmedlingen. Föga förvånande var primärvården svår att engagera i delprojektet, liksom kommunerna som inte heller på ett tydligt sätt kunde förstå sin förändrade roll inom etableringsuppdraget. Denna slutsats kommer även Riksrevisionen till i sin granskning som menar att landsting och regioner involveras i förhållandevis låg utsträckning i insatserna för nyanlända och att det därmed saknas ett genomgående hälsoperspektiv på nyanländas etablering, vilket i sin tur försvårat och fördröjt etableringen för nyanlända med hälsoproblem.[77] Utan ett likartat uppdrag och med olika perspektiv riskerar lätt samverkan och samsyn förhindras eller försvåras.[78] Ett annat hinder är den likvärdiga etableringsperioden på två år som kanske borde vara mer individuellt anpassade, inte bara gällande aktiviteter utan även i varaktighet, eftersom de individuella förutsättningarna är av väldigt skiftande beroende på situation och bakgrund.

---

[77] Riksrevisionen. Nyanländas etablering – är statens insatser effektiva? RIR 2015:17.

[78] Se även Bartley K, Ericson M. Samverkan för hållbar stadsutveckling och tvärsektoriell samsyn. Vetenskap för profession, rapport nr. 27:2014. Högskolan i Borås.

Med utgångspunkt i ovan nämnda problematik testade knutpunkt Lund med inspiration från MILSA 2, och särskilt Fokus vårdresurser, ett eget litet pilotprojekt som involverade kommunen, Arbetsförmedlingen och en lokal vårdcentral för att diskutera de medicinska underlagen och de aktuella fall som berörde etableringen. Pilotprojektet visade tydligt vikten av kommunikation där Arbetsförmedlingens etableringskontor och vårdcentralen genom samverkansmöten kan undanröja hinder och förenkla framtida kommunikation gällande ärendehantering. Exempelvis kunde vårdcentralens läkare direkt påtala vikten av att det i begäran om utlåtande från Arbetsförmedlingen tydligt nämns om tolk behövs samt en tydlighet gällande mot vad som läkarutlåtandet ska bedömas. Även i knutpunkt Kristianstad satsades på tillskapande av ett nytt samverkansforum – i det här fallet mellan Arbetsförmedlingen Kristianstad och en kommun som tidigare saknat formaliserat forum.

Ett tredje hinder är de förutsättningar som ges de som arbetar inom etableringen, något som blivit särskilt tydligt under de perioder av ansträngdhet som en eskalerande flyktingsituation på grund av omvärldens konflikter skapat. Detta har lett till underbemanning och överbelastning av ärenden inom exempelvis Arbetsförmedlingen, vilket försvårat införande av anpassade etableringsplaner och tillgång till hälsofrämjande aktiviteter. Det är därför viktigt att Arbetsförmedlingen har tillräckliga resurser för att kunna erbjuda individuellt anpassade etableringsinsatser och stödja deltagarna under deras tid i etableringsuppdraget. Arbetsförmedlingens förvaltningsanslag har dock inte ökat i motsvarande omfattning som antalet deltagare i etableringsuppdraget. Det kan få konsekvensen att deltagarnas etablering på arbetsmarknaden fördröjs, att deras kompetenser inte tas tillvara och att matchningen på arbetsmarknaden försämras.[79] Inom projektet har Helsingborg varit den knutpunkt som varit hårdast belastad av den förändrade situation med ökat tryck utifrån allt fler nyanlända. Personalrekryte-

[79] Arbetsförmedlingens återrapportering 2015. Etablering av vissa nyanlända – Statistik kring etableringsuppdraget.
http://www.arbetsformedlingen.se/download/18.847849314cfd204197df09/1430725382405/Etablering+av+vissa+nyanlända+-+statistik+kring+etableringsuppdraget+20150504.pdf

ringar har tagit tid och därmed har Arbetsförmedlingen ofta i kunnat vara med inom MILSA i den utsträckning som de önskat sig. De har dock hela tiden betonat hur viktigt de anser att samverkan och att anta ett mer hälsofrämjande tänk inom etableringen.

Hälsan i centrum – att vända perspektivet

Arbetsförmedlingen bedömer att en väl fungerande integration är en av de största utmaningarna för Sveriges framtida tillgång på arbetskraft och en fungerande matchning på arbetsmarknaden.[80] Om inte statens insatser för etablering och integration fungerar på ett effektivt sätt ökar risken för utanförskap för allt större grupper, vilket i sin tur kan leda till betydande kostnader för såväl enskilda individer som samhället som helhet. Eftersom etableringstiden är begränsad är det avgörande att etableringsprocessen inte stoppas upp på grund av samverkansproblematik eller otydlig rollfördelning mellan berörda aktörer.

I linje med Riksrevisionens granskning[81] pekar delprojektets erfarenheter att tidiga och väl anpassade insatser kan få stor effekt på etableringsprocessen. Statens direkta utgifter för migration och integration förväntas öka kraftigt de närmaste åren – från 15,1 miljarder SEK 2012 till 40,6 miljarder SEK 2016. Det innebär att det finns anledning till att effektivisera insatser för att underlätta de nyanländas etablering. Eftersom den gängse arbetsmarknaden kräver en hög prestationsnivå hos en anställd, så kan vägen dit via etableringsprocessen ses som en trappa, där det översta trappsteget är det upp till en anställning på arbetsmarknaden eller etablerandet av ett eget företag. Därför är det av största vikt att ha ett bredare synsätt på arbete än vad man finner på det högsta trappsteget. Om en individ har nedsatt hälsa och måste börja på ett eller par trappsteg nedanför det högsta, är det rimligt att anta att ett arbete som är anpassat efter prestationsförmågan förbättrar hälsan hos individen, så att den förbättrade hälsan kan användas för att ta ytterligare ett steg upp på arbetstrappan. Om man ställer en individ utanför

[80] Arbetsförmedlingens återrapportering 2015. Etablering av vissa nyanlända – Statistik kring etableringsuppdraget.
http://www.arbetsformedlingen.se/download/18.847849314cfd204197df09/1430725382405/Etablering+av+vissa+nyanlända+-+statistik+kring+etableringsuppdraget+20150504.pdf

[81] Riksrevisionen. Nyanländas etablering – är statens insatser effektiva? RIR 2015:17.

denna möjlighet så blir följden alltför ofta en försämrad hälsa och en process som innebär att individen går ned för arbetstrappan i stället.

Ett sätt för att främja och effektivisera etablering är därför genom att involvera den idéburna sektorn i de offentliga systemen. Om processen sedan fungerar som det är tänkt, kan de nyanlända, via myndigheternas samverkan med den idéburna sektorn, få fler sociala kontakter och gradvis komma in i en meningsfull verksamhet som ytterligare minskar risken för social exkludering och ytterligare bygger på den positiva hälsoutvecklingen. Därigenom kan ett ökat socialt kapital skapas genom att öka det sociala deltagandet på flera olika arenor. Denna process ökar chanserna för att kunna minska den nedgång av hälsa som man noterat under de första åren bland nyanlända flyktingar och som i värsta fall leder till en ond cirkel av ohälsa och växande social marginalisering. Detta tänkande stämmer väl överens med synen på hälsa som en mänsklig rättighet och att hälsa då också innebär rätten till bästa möjliga förutsättningar för att styra sin anpassning till sin omgivning.

En meningsfull verksamhet för den enskilde genom en fungerande etablering kan leda till en tillväxt av individens hälsokapital och det är denna process som bör stödjas genom prestationsbedömningen. Detta innefattar att utveckla det traditionella perspektivet från ”Vad klarar inte individen av på grund av hälsoproblem” till ”Vad kan individen klara med nuvarande hälsoresurs och hur kan individens hälsoresurs utvecklas ännu mer” (exempelvis genom optimerad behandling av diverse problem, eller stödjande insatser av annat slag). Etableringsreformen öppnar därmed för kreativa kopplingar mellan den offentliga verksamheten, civilsamhället och den privata sektorn. Här kan Arbetsförmedlingen spela en avgörande roll som katalysator, för att bryta den onda cirkeln mellan utanförskap och ohälsa bland nyanlända flyktingar. Därmed är det tid att vända på perspektivet och inkludera hälsa som en tillgång i etableringen av nyanlända.

Förhoppningen är att om utvecklingen av samverkan mellan den idéburna sektorn och Arbetsförmedlingen kan få blomma ut fullt, så kan etableringsprocessen bli ett sätt att bryta den onda cirkeln av nedsatt hälsa och social och ekonomisk marginalisering. Där-

med skulle hälsokurvan för en nyanländ kunna se betydligt mer gynnsam ut. I förlängningen kan det leda till att den nyanlända flyktingen kan ges mer värde i form av en smidigare och tryggare integration i Sverige, men även få stöd till att hitta en meningsfylld vardagsaktivitet i sitt nya land. Vi ser exempel på nya aktiviteter i etableringsplaner som är resultat av ibland oväntade kopplingar mellan verksamheter och samhällssektorer. Det kan vara fråga om elitidrottare som får möjlighet att fortsätta sporta och bidra med sina idrottsliga kunskaper i föreningslivet. Att lära sig svenska kommer på köpet. Det kan vara att prova landsbygden och dess möjligheter för nyanlända som har erfarenhet av djuruppfödning eller odling. Det kan vara nyskapande kombinationer av verksamheter för språkinlärning som till exempel att kombinera den med textilarbete eller att ha tvåspråkiga instruktörer på yrkesförberedande gymnasieprogram. Detta kan växa ytterligare. Det kan exempelvis innebära att fullt ut integrera ett hälsofrämjande perspektiv i utformningen av de individuella etableringsplanerna och se de nyanländas förutsättningar som en utvecklingsbar resurs för både förbättrad hälsa och ökade möjligheter till försörjning. En sådan utveckling skulle inte enbart gynna individen och dennes hälsa utan den skulle även gynna folkhälsan och samhället i stort.

Bilaga 1

Region Skånes blankett för hälsosamtal som är en del av den frivilliga hälsoundersökning som erbjuda asylsökande

Hälsosamtal
vid ankomst till Sverige

Datum för hälsosamtalet:

Namn	**Personnummer**		**LMA nr**
Hemland	Ankomst till Sverige		
Språk	Kön	Telefonnummer	Telefonnummer till anhörig/vän
Civilstånd	Skolgång/yrke		

Vistelseland/länder före Sverige? Om ja, vilka? Under vilka förhållande har du levt i landet/länderna?
Har du bott i flyktingläger? Om ja, under vilka förhållanden?
Hur upplever du din hälsa idag?
Tidigare sjukdomar?
Eventuella mediciner?
Har du eller någon i din familj varit i kontakt med en smittfarlig sjukdom som t e x: hepatit B/C, syfilis eller HIV?
Har du något missbruk? Ex Tabletter Alkohol Tobak Heroin
Sjukhusvårdad i hemlandet eller andra länder innan ankomst till Sverige / Blodtransfusion
Allergi/överkänslighet
Besvär med klåda från ändtarm eller diarré(parasitsjukdom)
Är du gravid?

Datum för senaste mens:
Har ditt barn blivit vaccinerat efter landets vaccinationsprogram? (fråga barn och ungdomar 0-18 år) Om nej, vilka vilket vaccin har du fått/inte fått: Är du BCG vaccinerad? Har du BCG märke:

Har du varit i kontakt med någon tuberkulossjuk person?	Har du haft sjukdomen själv?

Har du något av följande symtom? ☐ långvarig hosta, i mer än tre veckor ☐ långdragen feber eller feberperioder ☐ nattliga svettningar ☐ avmagring ☐ förstorade lymfkörtlar
Föräldrars hälsostatus (kan de ta hand om sina barn) **Behöver kontakt tas med socialtjänsten?** **(**rådfråga med din BVC ssk)
Personen ger sitt medgivande till att denna hälsojournal kan skickas till skola/BVC eller vårdcentral/sjukhus: (skriv ja eller nej)
Sjuksköterskans åtgärd: (sammanfattning) Skulle t ex kunna vara: - till läkare - annan profession - rtg pulm pga positiv ppd - varaktigt vårdbehov - skickar journal till skola - tandläkare - Optiker
Provtagningsresultat Skicka mätvärdeslista eller skriv in provresultatet: S – Hepatit B S – Hepatit C S – HIV S – Lues F- Cystor maskägg Vikt Längd

Namn på sköterska som utfört hälsosamtalet:

Bilaga 2

Rensa blanketten

Försäkringskassan

Läkarutlåtande om hälsotillstånd

Använd "Fortsättningsblad läkarutlåtande" (FK 3201) om utrymmet inte räcker.

Om du inte känner patienten ska han eller hon styrka sin identitet genom legitimation med foto (SOSFS 2005:29)

Skicka blanketten till
Försäkringskassans inläsningscentral

839 88 Östersund

Personuppgifter

Förnamn och efternamn			Personnummer
Journaluppgifter från och med	Undersökningsdatum	Jag har kännedom om patienten sedan	Identitet styrkt genom: ☐ personlig kännedom ☐ identitetshandling
Sysselsättning/arbetsuppgifter	Arbetsgivare		Arbetslös sedan

Uppgifter för Försäkringskassans bedömning

Utlåtandet bör belysa medicinska omständigheter som sätter ned arbetsförmågan vid sjukdom eller medfödd skada.

1 Vilka tidigare sjukdomar kan ha relevans för det nuvarande medicinska tillståndet?

2 Redogör för det nuvarande medicinska tillståndets förlopp fram till den senaste undersökningen. Ange även den vård och behandling som getts samt resultatet av denna.

3 Status och objektiva undersökningsfynd på organnivå (funktionsnedsättning).

4 Ange diagnos eller diagnoser som är orsaken till patientens nedsatta arbetsförmåga.

	Diagnoskod enligt ICD-10 Huvuddiagnos först
	Minst tre positioner

FK 3200 (008 F 001) Fastställd av Försäkringskassan i samråd med Socialstyrelsen

5 Hur begränsar sjukdomen patientens förmåga/aktivitet på individnivå (aktivitetsbegränsning)?

6 Återge kort hur patienten själv beskriver sina arbetshinder och återstående resurser.

7 Vilka insatser har gjorts för att kompensera patientens aktivitetsbegränsning? Finns det några andra planerade insatser som kan bidra till en ökad arbetsförmåga, till exempel träning, hjälpmedel eller annan rehabilitering? Ange i så fall tidsplan. Behövs en mer riktad bedömning av arbetsförmågan?

8 Finns det några andra faktorer som påverkar patientens möjligheter att arbeta?

9 Sammanfatta det medicinska tillståndet. Hur påverkar patientens hinder och resurser möjligheterna att arbeta? Finns det några begränsningar för vissa arbetsuppgifter?

10 Hur förväntas arbetsförmågan utvecklas på sikt? Ange i så fall när en förändring kan inträffa och på vilket sätt. Ange om prognosen skiljer sig för olika diagnoser?

FK 3200 (008 F 001) Fastställd av Försäkringskassan i samråd med Socialstyrelsen

11 Övriga upplysningar, till exempel önskemål om avstämningsmöte.

12. Handikappersättning

Uppgifter för bedömning av eventuell rätt till handikappersättning.

Har sjukdomen eller funktionshindret konsekvenser för patientens förmåga att sköta sin egna personliga vård (hygien, toalettbesök med mera)? Ange i så fall på vilket sätt.

Har sjukdomen eller funktionshindret konsekvenser för patientens förmåga att sköta sina dagliga sysslor som till exempel städning, tvätt och inhandling av varor? Ange i så fall på vilket sätt.

Har sjukdomen eller funktionshindret medfört att patienten kan få betydande merutgifter för specialkost, hjälpmedel, förbrukningsmaterial som salvor och omläggningsmaterial eller något annat? Ange i så fall vad.

Underskrift

Läkarutlåtandet är utfärdat på begäran av :

☐ Försäkringskassan ☐ Arbetsförmedlingen ☐ _____

☐ Fortsättningsblad FK 3201 har använts.

Datum	Läkarens namnteckning. Underskriften omfattar samtliga uppgifter i intyget.
Namnförtydligande, tjänsteställe	
	Förskrivarkod och arbetsplatskod

Vårdgivare

Namn	Personnummer/organisationsnummer
Adress	Postnummer och ort
Plusgironummer - endast privat vårdgivare	Bankgironummer - endast privat vårdgivare

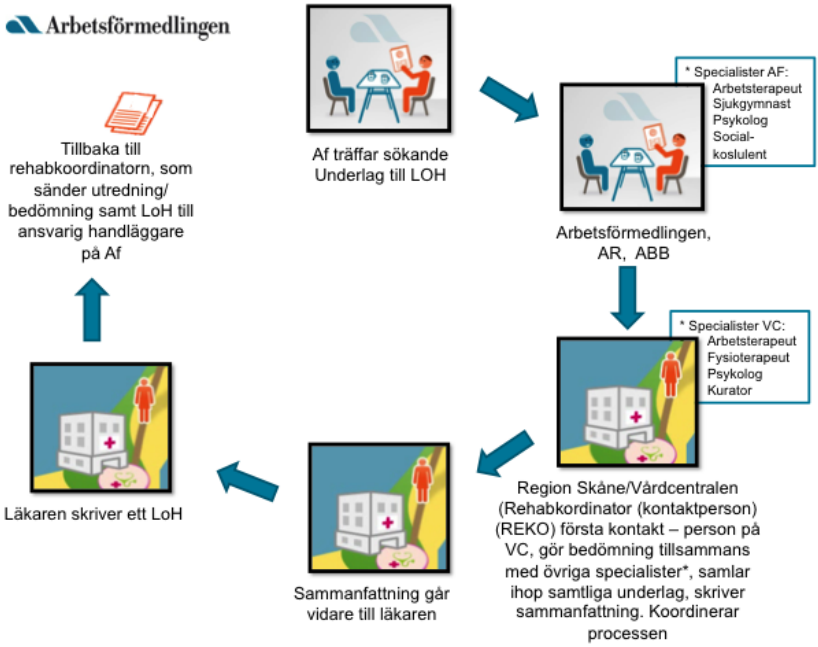
☐ Begärt arvode - endast privat vårdgivare ☐ F-skattesedel ☐ A-skattsedel - endast privat vårdgivare

Uppgifterna hanteras i Försäkringskassans datasystem. Läs mer i broschyren "Försäkringskassans personregister".

FK 3200 (008 F 001) Fastställd av Försäkringskassan i samråd med Socialstyrelsen

Bilaga 3

Processbild över den tänkta gången inom ett etableringsärende mellan Arbetsförmedlingen och en vårdcentral där en rehabkoordinator är inkopplad.



ISBN 978-91-7104-645-1 (tryck)
ISBN 978-91-7104-646-8 (pdf)

MALMÖ HÖGSKOLA
205 06 MALMÖ, SWEDEN
WWW.MAH.SE