



Hälsofrämjande etablering

SLUTRAPPORT I SAMARBETE MED ARBETSFÖRMEDLINGEN,
FÖRSÄKRINGSKASSAN, KOMMUNER, REGIONER OCH
SAMORDNINGSFÖRBUND





Förord

Genom denna rapport skapas förutsättningar för att ta till vara på resultat, lärdomar och slutsatser från det nationella projektet Hälsofrämjande etablering. Rapporten ger också möjlighet till lärande och utveckling för samhällsbärande organisationer som arbetar med etablering av personer med ohälsa och/eller funktionsnedsättning på arbetsmarknaden och i samhällslivet. Arbetet har genomförts på individ-, organisation- och strukturnivå.

Den som vill fördjupa sina kunskaper om de arbetssätt som de sex delprojekten har arbetat fram hänvisas till deras respektive lokala slutrapport och metodstöd.

Ett tack riktas framförallt till de personer inom etableringen som deltog i projektet och till delprojektledarna samt de projektmedarbetare, chefsgrupper och referensgrupper som deltagit i planering, genomförande och avslut av projektet. Ett tack riktas även till det nationella projektkansliet med representanter från Sveriges Kommuner och Regioner, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.

Sist men inte minst ett stort tack till Svenska ESF-rådet som via den Europeiska socialfonden har möjliggjort detta arbete.

Stockholm, 2021-03-31

Roy Melchert, Sveriges Kommuner och Regioner

Martin Jonasson, Försäkringskassan

Maria Kindahl, Arbetsförmedlingen

Jenny Rehnman, Socialstyrelsen

Nationell styrgrupp för projekt Hälsofrämjande etablering



Innehåll

| | |
|--|-----------|
| Sammanfattning | 4 |
| Inledning | 8 |
| Projektets deltagare – en beskrivning | 9 |
| Projektets design | 10 |
| Syfte, mål och målgrupp | 10 |
| Organisation och styrning | 11 |
| Insatser, metoder och arbetssätt..... | 12 |
| Resultat | 13 |
| Förändrade förutsättningar under projektiden..... | 13 |
| Mål och resultat – Individnivå | 14 |
| Mål och resultat – Organisationsnivå | 19 |
| Mål och resultat - Strukturnivå | 23 |
| Nationella kansliets reflektioner | 27 |
| Gemensamma ståndpunkter framåt | 36 |
| Referenser | 38 |
| Bilaga 1 – Översikt metodstöd | 40 |
| Bilaga 2 – Stödmaterial för arbete med jämställdhet, tillgänglighet och icke-diskriminering | 50 |



Sammanfattning

Hälsöfrämjande etablering var ett nationellt projekt, medfinansierat av Europeiska Socialfonden, som ägdes av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och genomfördes i samarbete med Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Projektet pågick mellan december 2017 och mars 2021.

Projektet riktade sig till nyanlända som deltog i etableringen och misstänktes ha någon form av ohälsa och/eller funktionsnedsättning. Syftet var att identifiera, stödja och stärka dem på deras väg mot arbete eller studier. Detta genom att:

- utveckla och testa arbetssätt för att tidigt identifiera kvinnor respektive män med ohälsa och/eller funktionsnedsättning och individuellt anpassa insatser utifrån deltagarens behov.
- undersöka hur systemet som ger stöd att komma i arbete, utbildning eller närmare arbetsmarknaden bättre kan anpassas till personer med ohälsa och/eller funktionsnedsättning.
- utveckla strukturer för ökad samverkan och samsyn kring målgruppen hos berörda aktörer

Projektet samordnades nationellt och arbetet bedrevs i delprojekt på följande sex orter: Umeå, Gävle, Nacka/Värmdö, Eskilstuna, Växjö och Malmö. Delprojekten organiserade sig utifrån lokala förutsättningar och behov. På lokal nivå samverkade Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, samordningsförbund, kommuner och regioner.

Projektets måluppfyllelse

Projektet hade mål på individ-, organisation- och strukturnivå. På organisation och strukturnivå är målen nådda. På organisationsnivå har befintliga metoder utvecklats och nya tagits fram samt prövats. På strukturnivå har samverkan utvecklats i delprojekten samt att metodstöd har paketerats och gjorts spridningsbara. På individnivå fanns tre mål: ökad egenmakt, stegförflyttningar samt andel individer till arbete eller studie. Det förstnämnda målet har uppnåtts och de andra två har nästan uppnåtts.

Projektets resultat visar att det behövs mer kunskap om särskilda utmaningar för målgruppen och att samverkan och samordning är en förutsättning för att kunna ge ett adekvat stöd som leder till arbete/studier eller att personen kommer närmare arbetsmarknaden.

Tidigt identifiera personer med ohälsa och/eller funktionsnedsättning

Deltagarna i Hälsöfrämjande etablering identifierades främst genom att det funnits tecken på ohälsa och/eller funktionsnedsättning som påverkade



etableringsprocessen, till exempel genom utebliven progression eller hög frånvaro från aktiviteter. Det gjordes också genom användning av Arbetsförmedlingens frågeformulär ”Stödfrågor för klargörande av hälsotillstånd”.

I projektet var drygt 500 deltagare inskrivna, 69 procent kvinnor och 31 procent män. Under projektperioden fick 13 procent av deltagarna en registrerad funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga hos Arbetsförmedlingen. Under projektperioden var motsvarande siffra cirka 2 procent av samtliga inskrivna i etableringen. Siffrorna är inte jämförbara men den samlade bedömningen är att projektet i högre utsträckning identifierade personer med ohälsa och/eller funktionsnedsättning än i ordinarie arbete.

En stor del i att kunna identifiera personer tidigare bestod i en förbättrad och ökad dialog mellan kommunerna och Arbetsförmedlingen. Lärarna på SFI identifierade ofta utebliven progression eller hög frånvaro tidigare än arbetsförmedlaren. Genom en ökad dialog dem emellan kunde signaler snabbare fångas. Fler personer kunde också identifieras för att arbetsförmedlare, med vetskap om projektet, systematiskt uppmärksammade deltagare där det fanns tecken på ohälsa och/eller funktionsnedsättning som påverkade etableringsprocessen. Genom ökad dialog med vårdcentraler och andra ESF-projekt identifierades/rekryterades deltagare även från dem.

Viktigt att tydliggöra deltagarnas behov och förutsättningar

Några av lärdomarna i Hälsöfrämjande etablering var att deltagarnas behov var komplexa och sammansatt av flera delar. Deltagaren hade ofta behov, utmaningar och hinder utöver ohälsa/funktionsnedsättning, ofta en konsekvens av deras livssituation. Exempel på det är problem med eller oro kring bostad, trångboddhet, ekonomi och familjesituation.

Många gånger var behoven också diffusa och svårångade vilket gjorde att det tog tid att få en tydlig bild av deltagarens behov och förutsättningar. För att få en bra helhetsbild av deltagarens behov har projektet sett särskild framgång i gruppaktiviteter i kombination med individuella uppföljningar.

Det var inte alltid som deltagarens behov och förutsättningar framkom vid ett enstaka tillfälle utan det var en process som gynnades av tid, tillit, dialog och kontinuitet. Frågor behövde ställas på rätt sätt och vid rätt tillfälle där deltagaren befann sig både mentalt och fysiskt. Det kunde vara hos Arbetsförmedlingen eller i en insats hos exempelvis kommunen eller vid vårdkontakter. En viktig del var att Arbetsförmedlingen, kommunen och vården hade dialog sinsemellan och flerpartssamtal tillsammans med deltagaren för att få en helhetsbild av hans behov och förutsättningar.

Relevant stöd för att komma i arbete, utbildning eller närmare arbetsmarknaden behövs

Projektmedarbetarna hade en koordinerande stödfunktion för deltagarna, vilket behövdes utifrån att många hade komplexa behov och behövde ett samtidigt stöd från mer än en aktör. Genom att träffa deltagarna under en längre tid kunde



projektmedarbetarna upparbeta en relation och ett förtroende, vilket underlättade valet av rätt stödinsatser. Denna stödjande och koordinerande roll fanns inte på samma sätt innan projektet på de orter där projektet hade verksamhet.

När det kommer till insatser fyllde projektet en lucka då det tidigare inte funnits lämpliga insatser. Särskilt för de med ohälsa, knapp arbetslivserfarenhet, kort eller ingen skolbakgrund (inkl. preliterata) eller de som inte gick vidare från SFI A och B, som avstannat i eller hade utebliven progression. Många av dessa hade endast SFI och eventuellt samhällsorientering innan projektstart.

Gruppkaktiviteter i kombination med individuella uppföljningar visade sig även vara ett stöd mot arbete/studier utöver att identifiera och utreda förutsättningar. Det samtidiga stödet från mer än en aktör, gav ett mervärde och hade stor betydelse.

I arbetet med att ge rätt stöd till deltagaren var dialogen mellan framförallt Arbetsförmedlingen och kommunen betydelsefull. I de fall det fanns medicinska behov var dialogen med vården betydelsefull. Dialogen med Försäkringskassan var främst konsultativ för att räta ut frågetecken kring vilken roll myndigheten kunde ha i vissa ärenden samt ge tips på samverkanskanaler som kunde användas, utifrån myndighetens erfarenhet av samverkan kring individer med behov av stöd i sin rehabilitering.

Strukturer för samverkan och samsyn hos berörda aktörer behövs

I projektet fanns bättre strukturer för att:

- Identifiera personer med ohälsa och/eller funktionsnedsättning
- Ge rätt stöd till personen

Strukturen fanns på handläggarnivå på olika sätt i delprojekten. Bland annat genom forum där ärenden lyftes för bedömning om projektet vore en passande insats och forum där avstämning gjordes under projektiden. Alla aktörer, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, kommunen och regionen ingick i konstellationer på handläggarnivå, men i olika grad och med olika ingångar. Arbetsförmedlingen och kommunen hade de största rollerna utifrån att deltagarna fanns hos dem. Utöver dessa diskussioner användes även flerpartssamtal där deltagaren själv medverkade.

Strukturen fanns även på chefsnivå genom att flera aktörer gemensamt ingick i de lokala chefsgrupperna som fanns i varje delprojekt, där erfarenheter från det praktiska arbetet lyftes och diskuterades. Där fanns Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, kommun och vårdenheter representerade. Det var framförallt i detta arbete som Försäkringskassan hade en roll.

Utöver detta arbetades det fram strukturer som kan hålla på längre sikt, såsom förtydligande kring arbetet med målgruppen i överenskommelser mellan aktörer på lokal och regional nivå och tillvaratagande av lärdomar hos samordningsförbund.



HÄLSOFRÄMJANDE ETABLERING



Avslutningsvis är förhoppningen att metodstöden och lärdomar från projektet tillvaratas hos ingående aktörer (både lokalt och nationellt). Tillvaratagandet skiljer sig åt mellan aktörerna och alla är en viktig länk i kedjan som bidrar till att nyanlända med ohälsa/funktionsnedsättning närmar sig arbetsmarknaden eller når målet om arbete/studier. På SKR:s hemsida¹ har projektets resultat samlats.

¹

<https://skr.se/integrationsocialomsorg/asylochflyktingmottagandeintegration/samverkan/halsoframjandeetableringfornyanlanda.24700.html>



Inledning

Hälsöfrämjande etablering var ett nationellt projekt, delfinansierat av Europeiska Socialfonden, som ägdes av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och genomfördes i samarbete med Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Projektet pågick mellan december 2017 och mars 2021. Denna slutrapport skrevs av det nationella projektkansliet med hjälp av delprojekten och kompletterar lokala metodstöd samt extern utvärderingsrapport.

Två förstudier ”Nyanländas rehabiliteringsbehov” (Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan, 2016) och ”FINSAM:s roll i framtidens välfärd” (SKL, 2016) lade grunden till projekt Hälsöfrämjande etablering. SKR, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan var överens om att det fanns fortsatt behov av att utveckla och förbättra samarbetet kring nyanlända med ohälsa och/eller funktionsnedsättning.

Rapporten ”Nyanländas hälsa” framtagen av Samverkansdelegationen (2017) sammanställde ett urval rapporter från år 2015 och 2016 men gav inte något entydigt svar om hur stor målgruppen var. I en enkätstudie från MILSA (Zdravkovic, Grahn, Björngren och Cuadra, 2016) uppgav ungefär var femte person att de hade en ohälsa som påverkade ett aktivt arbetssökande och i en rapport från Socialstyrelsen (Socialstyrelsen 2015) beräknas mellan 20–30 procent av asylsökande och flyktingar lida av psykisk ohälsa.

År 2017 hade cirka 2 procent av inskrivna kvinnor och män i etableringen en registrerad funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga². En rapport från SCB visar att cirka 10 procent av befolkningen i åldern 16–64 år uppger att de har en funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga (SCB, 2017). Projektets antagande, bland annat utifrån ovan nämnda studier, var att det fanns fler personer i etableringen med ohälsa och/eller funktionsnedsättning som inte identifierats och därmed riskerade att inte få adekvat stöd i sin etablering mot samhälls- och arbetslivet. Projektets arbetshypotes var att personer med ohälsa och/eller funktionsnedsättning inte identifieras i tillräcklig utsträckning och därmed inte får relevant stöd för att nå arbete eller studier.

Arbetet i projektet låg i linje med målen för Sveriges integrationspolitik (Prop. 1997/98:16) och Sveriges mål för god och jämlik hälsa (Prop. 2017/18:249). Målet för Sveriges integrationspolitik är lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter för alla oavsett etnisk och kulturell bakgrund. En utgångspunkt för folkhälsopolitiken är att alla ska ha samma möjligheter till en god hälsa och ett långt liv. Alla, oavsett kön, könsidentitet, könsuttryck, klasstillhörighet, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning, funktionsnedsättning eller ålder ska ges jämlik förutsättningar för en god hälsa på lika villkor.

² Arbetsförmedlingens statistik



Projektet skulle särskilt beakta kvinnors förutsättningar och möjligheter att tillgodogöra sig erbjudna etableringsinsatser då det i förstudien om nyanländas rehabiliteringsbehov (Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan 2016) och i de årliga arbetsmarknadsrapporterna (Arbetsförmedlingen 2014, 2015) framkommit att det fanns skillnader mellan män och kvinnors deltagande och resursfördelning i olika arbetsnära insatser och aktiviteter.

Att arbetslivet ska vara tillgängligt för alla på lika villkor är ett prioriterat mål i EU för att människors kapacitet ska tas tillvara och att samhället ska utvecklas på bästa sätt. För att bidra till målet krävs ett aktivt arbete med att beakta jämställdhet, tillgänglighet och icke-diskriminering. Dessa tre områden kallas också för horisontella principer för att illustrera att de ska genomsyra allt arbete i projektet. Hälsofrämjande etablering har aktivt arbetat med dessa principer för att projektets deltagare bättre skulle tillgodogöra sig insatserna. Projektet genomförde ett flertal kompetenshöjande insatser om jämställdhet, tillgänglighet och icke-diskriminering där projektmedarbetare lärde sig mer om hur de kunde arbeta aktivt för att främja dessa principer (se bilaga 2).

Projektets deltagare – en beskrivning

Drygt 500 deltagare, varav 69 procent kvinnor och 31 procent män utgjorde projektets målgrupp.

- Knappt sju av tio individer var över 40 år.
- Nästan fyra av tio var över 50 år.
- Många av deltagarna hade kort utbildning, cirka hälften av målgruppen hade en kortare skolbakgrund än 9 år och ungefär en tredjedel saknade skolbakgrund.
- Tretton procent av deltagarna fick under projektiden en registrerad funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga på Arbetsförmedlingen.
- Många av deltagarna hade en låg hälsolitteracitet, det vill säga en låg förmåga att förvärva, förstå, värdera och använda information för att bibehålla och främja hälsa³.

Deltagare remitterades till projektet då det fanns misstanke om någon form av ohälsa och/eller funktionsnedsättning. Det grundade sig oftast på att personen hade utebliven progression eller hög frånvaro från aktiviteter. Ibland var misstanken vag och i vissa fall kunde den bekräftas under projektets gång genom att ohälsa och/eller funktionsnedsättning tydliggjordes. Sammanfattningsvis hade många av projektets deltagare ohälsa/funktionsnedsättning ofta i kombination med andra utmaningar.

³ www.halsolitteracitet.se



Projektets design

I detta kapitel redogörs för projektets syfte, mål och organisation. Det ges även en kort introduktion till projektets insatser. Samtliga ingående aktörer i projektet har såväl roller som ansvar för målgruppen.

Arbetsförmedlingen och kommuner har särskilt utpekade områden. Arbetsförmedlingen har det samordnande ansvaret för nyanländas etablering i arbets- och samhällslivet, har ansvar för etableringsprogrammet samt för arbetslivsinriktad rehabilitering. Kommunen ansvarar för undervisning i svenska för invandrare (SFI) och samhällsorientering (SO) och för boende till de nyanlända. Försäkringskassan ansvarar för bidrag och ersättningar i socialförsäkringen samt utbetalningar av till exempel etableringsersättning. Myndigheten samordnar resurser för att hjälpa den som har sjukdom som medför nedsatt arbetsförmåga att komma tillbaka till arbetslivet. Regionen ansvarar för hälso- och sjukvård som har ansvar för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Finansiell samordning gör det möjligt för Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, kommun och region att samverka finansiellt genom att bilda lokala samordningsförbund. De fungerar som en gemensam arena för att stärka samverkan mellan aktörerna i syfte att ge individer ett samlat stöd och rehabilitering på vägen mot arbete eller studier.

Syfte, mål och målgrupp

Projektets syfte var att bidra till att etableringsprocessen i högre grad än tidigare skulle leda till att nyanlända kvinnor och män med ohälsa och/eller funktionsnedsättning når egen försörjning genom arbete/studier eller närmade sig arbetsmarknaden. Detta genom att:

- utveckla och prova arbetssätt för att tidigt identifiera kvinnor respektive män med ohälsa och/eller funktionsnedsättning och individuellt anpassa insatser utifrån deltagarens behov.
- undersöka hur systemet som ger stöd att komma i arbete, utbildning eller närmare arbetsmarknaden bättre kan anpassas till personer med ohälsa och/eller funktionsnedsättning.
- utveckla strukturer för ökad samverkan och samsyn kring målgruppen hos berörda aktörer.

Projektet riktade sig till nyanlända kvinnor och män som omfattas av Arbetsförmedlingens etableringsuppdrag och som misstänktes ha någon form av ohälsa/funktionsnedsättning, samt till kvinnor och män som nyligen avslutat etableringen (inom sex månaderna) och som misstänktes ha någon form av ohälsa/funktionsnedsättning.

På lång sikt var målet att projektet skulle bidra till att Sverige har en bättre etableringsprocess som leder till att nyanlända med ohälsa/



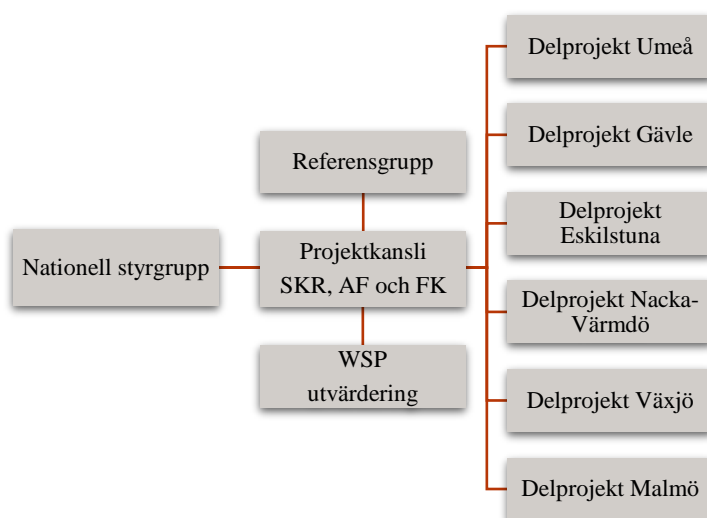
funktionsnedsättning når egen försörjning genom arbete/studier eller närmar sig arbetsmarknaden.

Organisation och styrning

Projektet hade en nationell och en lokal nivå. Den nationella delen var placerad i Stockholm med ett projektkansli, en styrgrupp, utvärderare och en referensgrupp. Verksamheterna bedrevs i lokala delprojekt på sex orter. Varje delprojekt hade en lokal chefsgrupp, en eller två delprojektledare samt en ekonom. Projektmedarbetare deltog i utvecklingsarbetet med deltagarna. Representanter från Arbetsförmedlingen och kommun fanns i alla delprojekt och på alla nivåer. Regionen fanns representerade i flera av delprojekten på olika nivåer. Representanter från Försäkringskassan fanns i alla delprojekt. Försäkringskassan deltog i det operativa arbetet i delprojekt Malmö. Likaså fanns samordningsförbund med i flera av delprojekten och hade även ett ägandeskap i tre av dem.

Den nationella styrgruppen utgjordes av representanter från det Nationella rådet för samordningsförbund. Där sitter chefer från Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och SKR samt från Socialstyrelsen. I det nationella projektkansliet ingick representanter från Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och SKR. Kansliet hade förutom en ekonom även stöd från SKR av en expert i jämställdhetsfrågor. Till projektet knöts extern utvärdering via företaget WSP samt en referensgrupp med personer som hade egen erfarenhet ohälsa och/eller funktionsnedsättning och som migrerat till Sverige. Referensgruppen tillsattes tidigt och var projektet behjälpligt vid planering, genomförande och vid utvärdering.

Nedan finns en översikt av projektets organisation:



Figur 1: Översikt över projekts organisation



Insatser, metoder och arbetssätt

Projekt Hälsofrämjande etablering var ett metodutvecklingsprojekt där det på lokal nivå fanns utrymme för att pröva olika insatser och arbetssätt. Två insatser var obligatoriska; en individuell projektspecifik kartläggning där deltagarnas förutsättningar, styrkor och behov identifierades samt vägledning där deltagarna gavs möjlighet att välja och forma sin väg mot arbete och studier. Båda dessa insatser var grundläggande för att bidra till att nyanlända närmar sig arbete eller studier. Insatserna användes sedan tidigare inom befintlig verksamhet hos medverkande aktörer med god effekt men har utvecklats inom ramen för projektet.

Utöver de två obligatoriska insatserna rekommenderades två beprövade insatser. Metoden Supported Employment som är en evidensbaserad metod samt gruppaktiviteten Hälsoskola. Idén till att ha just hälsoskola som insats kom från en workshop inför projektansökan i april 2017 med nyckelpersoner från relevanta aktörer. Hälsoskola är också en insats som tidigare prövats av flera regioner och kommuner.

För att passa lokala förutsättningar och behov hade delprojekten möjlighet att utveckla befintliga insatser skapa nya arbetssätt samt pröva dem. Samtliga arbetssätt som av projektet bedömts fungera väl finns beskrivna i metodstöd (se bilaga 1).



Resultat

I detta kapitel redovisas projektets uppsatta resultatmål, om projektet nått målen, en analys av måluppfyllelse samt ett urval lärdomar. Kapitlet kompletteras med den översikt av metodstöd som finns i bilaga 1. Det har skett förändringar sedan januari 2017 då projektet planerades jämfört med våren 2021 då denna slutrapport skrevs. Dessa förändringar har påverkat projektets måluppfyllelse och beskrivs inledningsvis. Rapporten fokuserar därefter på att presentera resultat från projektarbetet, som brutits ner till tre nivåer; individ-, organisations- och strukturnivå.

Förändrade förutsättningar under projekttiden

Här presenteras de förändringar under projekttiden som haft störst påverkan på projektarbetet..

Antal personer inskrivna i etableringen på Arbetsförmedlingen sjönk under projektperioden. I december 2017 var antal med en etableringsplan, cirka 72 000 personer, varav andelen kvinnor var 45 procent och andel män 55 procent. Tre år senare i december 2020 var 16 600 personer inskrivna i etableringsprogrammet varav cirka 59 procent kvinnor och 41 procent män. Vid projektets start var således andelen kvinnor lägre än andelen män, medan det vid projektslut var det omvänt. Under projekttiden har utbildningsnivå hos personer inskrivna i etableringsprogrammet sjunkit något.

Arbetsförmedlingen som har det pådrivande och samordnande ansvaret för etableringen, genomgick stora förändringar under projekttiden. Förändrade budgetförutsättningar medförde bland annat personalneddragningar och ett stort antal kontor stängdes. Några delprojekt påverkades direkt av personalneddragningarna, vilket bland annat medförde att färre projektdeltagare anvisades från myndigheten. Detta kompensades dock i stor utsträckning av andra aktörer vilket gjorde att antalet nyinskrivna i projektet inte fick någon betydande minskning. Vissa insatser fick pausas då projektmedarbetare inte kunde ersättas vid sjukdom eller behövdes i andra uppdrag.

I mars 2020 började coronapandemin påverka Sverige påtagligt. Pandemin fick långtgående effekter på såväl projektdeltagare som på projektmedarbetare liksom på arbetsmarknaden och på ingående aktörers verksamheter och arbetssätt. Rekommendationer om social distansering gjorde att digitala lösningar blev nödvändiga, och därmed användes arbetssätt som kanske inte hade prövats för målgruppen under normala omständigheter. I spåren av coronapandemin försvårades situationen på arbetsmarknaden för många grupper. Situationen var särskilt svår för ungdomar och utrikes födda som var nya på arbetsmarknaden. Det blev svårare att hitta praktikplatser och arbetsträningsplatser för deltagare i projektet som hade kunnat vara en ingång till arbetsmarknaden. Det blev också svårare att göra studiebesök på arbetsplatser.



Mål och resultat – Individnivå

Detta avsnitt inleds med en presentation av målen på individnivå, nedan kallat resultatmål, som följs av en presentation om hur dessa mål uppnåts. Avsnittet avslutas med en analys av måluppfyllelsen och en presentation av lärdomar på individnivå.

RESULTATMÅL PÅ INDIVIDNIVÅ

- 20 procent kvinnor respektive män är i arbete eller reguljära studier.
- 100 procent kvinnor respektive män som fullföljt insatser i projektet har gjort mätbara stegförflyttningar. *Med stegförflyttning menas en progression i aktivitetsnivå som är objektivt mätbar.*
- 80 procent kvinnor respektive män upplever ökad egenmakt. *Med egenmakt menas att ha makt över sin egen situation, arbetsuppgifter och närmiljö.*

Måluppfyllelse

Projektets samlade bedömning är att målen på individnivå i stort men inte helt är nådda. Det är marginellt större andel kvinnor (19 procent) än män (16 procent) som nått arbete eller studier⁴. Det ger en total andel på 18 procent⁵. Andelen kvinnor som gjorde stegförflyttningar var 89 procent medan motsvarande andel av männen var 84 procent⁶. Det innebär att oavsett mätmetod nåddes inte målet fullt ut. Det sista målet kopplat till ökad egenmakt bedömdes genom intervjuer med deltagare ha uppnåtts för både kvinnor och män.

Analys av måluppfyllelse

Det fanns troligtvis flera orsaker till att målet om 20 procent av deltagarna skulle nå arbete eller studier inte helt nåddes. Troliga förklaringar är att målgruppen hade större och fler utmaningar än förväntat. Att identifiera ohälsa och/eller funktionsnedsättning var bara en del av det som krävdes för att möta upp med relevanta insatser. Även förändringar hos Arbetsförmedlingen och konsekvenserna av coronapandemin har påverkat projektets måluppfyllelse. Ett exempel var svårigheter att hitta praktikplatser.

Under projektets gång justerades målet med Svenska ESF-rådets godkännande till att förutom reguljära studier även omfatta arbetsmarknadsutbildningar eftersom dessa också är viktiga insatser för denna målgrupp och är en väg mot arbetsmarknaden.

⁴ Grundar sig på projektinterna uppföljningar av samtliga deltagare i projektet oavsett varaktighet.

⁵ Resultat i etableringsprogrammet, till arbete/studier. Samtliga 35 procent (43 procent av männen och 29 procent av kvinnorna). Data hämtad ur Arbetsförmedlingens statistik.

⁶ Grundar sig på projektinterna uppföljningar av samtliga deltagare i projektet och omfattar mer än objektivt mätbara stegförflyttningar. WSP's utvärdering har ett lägre resultat och grundar sig på ett mindre urval av projektdeltagarna.



Trots att målgruppen stod långt ifrån arbetsmarknaden kom drygt 90 deltagare ut i arbete eller studier. I flera av delprojekten fanns deltagare som gick till anställning med extratjänst, även de med lägre utbildningsnivå.

Att sätta ett mål på att 100 procent av de projektdeltagare som genomfört deltagande enligt plan i projektet skulle göra en stegförflyttning var snarare en vision än ett realistiskt mål. Exempel på stegförflyttningar var genomgången arbetspraktik, ökad aktivitetsnivå eller progression inom SFI.

Det var en utmaning att på nationell nivå objektivt mäta stegförflyttningar. Deltagarnas ingångsvärde, utifrån deltagarens egen uppfattning, visade sig svårt att mäta med de mätinstrument som användes. Det blev mer som en generell bedömning än en mätning.

Trots ett gediget arbete inledningsvis då projektet försökte definiera vad en stegförflyttning är och hur den kan mätas var det svårt att få till detta fullt ut. Tillsammans med utvärderaren WSP konstruerades en enkät som projektmedarbetarna skulle fylla i vid in- respektive utskrivning för respektive deltagare. WSP's enkät kompletterades med en oidentifierad sammanställning av samtliga deltagare där projektmedarbetare gjort en bedömning huruvida deltagarna gjort en stegförflyttning. Lokala mätningar av stegförflyttningar har provats. Exempelvis har delprojekt Gävle kvantitativt mätt exempelvis aktivitetsnivå och stegförflyttning med hjälp av NNS enkät⁷ genom att deltagaren själv svarat på frågor och att projektmedarbetarna bedömde om deltagaren har gjort en stegförflyttning.

Det finns stegförflyttningar som inte är objektivt mätbara. Att deltagarna får en realistisk bild av vad som krävs och/eller vilka steg som behöver tas för att nå ett önskat yrke/anställning kan vara en förflyttning, trots att den inte räknas som en objektivt mätbar stegförflyttning. Intervjuer visade att många deltagare hade en realistisk bild av sina utmaningar. Kraven på den svenska arbetsmarknaden både upplevdes och var för många alltför höga. Det deltagarna hade med sig i form av kunskaper och erfarenheter, eller brist på desamma, var inte det som arbetsgivarna efterfrågade och då blev det svårt att konkurrera.

Att projektet använde sig av flera sätt för att mäta stegförflyttningar är en styrka, särskilt som resultaten pekar i samma riktning. Under sitt deltagande i projektet gjorde en klar majoritet av deltagarna stegförflyttningar mot etablering på arbetsmarknaden och/eller mot etablering i samhällslivet.

Projektet gjorde olika försök att mäta deltagarnas egenmakt och ett första försök gjordes under våren 2019 i form av en enkätundersökning till deltagarna som skulle besvaras med hjälp av tolk. Det fungerade inte, då det var svårt för deltagarna att självständigt besvara enkäterna. Egenmakt försökte istället att fångas genom intervjuer som genomfördes av personer med språkkunskaper, kulturkompetens och egen erfarenhet av migration. Den försiktiga bedömningen är dock att målet nåtts och att minst 80 procent av deltagarna upplevt ökad egenmakt, men i varierande grad. Mer om detta finns i metodstödet, se bilaga 1.

⁷ <http://nnsfinsam.se/utveckling/indikatorer.aspx>



Det stöds även av WSP's utvärderingsrapport där även observationer och intervjuer med deltagarna gjorts.

Lärdomar på individnivå

Många av projektets deltagare hade mer komplexa behov än förväntat. Det fanns ofta utmaningar och behov utöver ohälsa och /eller funktionsnedsättning som utgjorde hinder i deras möjlighet att fullt ut delta i ordinarie etableringsinsatser. Målgruppen hade utöver en misstänkt ohälsa och/eller en misstänkt funktionsnedsättning ofta kort eller ingen skolbakgrund, liten eller ingen arbetslivserfarenhet, låg hälsolitteracitet och komplexa utmaningar som rörde både hälsa, boende och sociala faktorer. Det fanns, hos vissa deltagare, en osäkerhet om ersättningsystemen till exempel hur olika former av anställningar fungerar och hur de påverkar ens ersättning. Det kan skapa en otydlighet och försvåra vägen ut på arbetsmarknaden.

Hälsolitteracitet skattades av projektmedarbetarna som låg hos flera av deltagarna. Begreppet rymmer flera dimensioner. Hög grad av hälsolitteracitet kan på samhällsnivå bidra till exempelvis förbättrad folkhälsa och på individnivå kan hög hälsolitteracitet bidra till bättre levnadsvanor, förbättrad kunskap att hitta rätt i hälso- och sjukvårdssystemet och ökad hälsa. Kortfattat är hälsolitteracitet:

”Förmågan att förvärva, förstå, värdera och använda information för att bibehålla och främja hälsa”⁸

Hälsolitteracitet kan skifta och beror bland annat på vilken livssituation, kultur eller sammanhang en person befinner sig i. Den hänger således bara delvis ihop med vilken utbildning eller kunskap man har. Flera delprojekt arbetade aktivt med att öka hälsolitteraciteten hos deltagarna. Ett närliggande begrepp är hälsa som tolkats olika hos såväl personal som deltagare. Hälsobegreppet är komplext, förändras över tid och är till stor del kontextbundet. Hos deltagarna var det i vissa fall oklart om hens hälsa var tillräcklig för att delta i vissa insatser. Till exempel har det funnits frågor huruvida man kan arbeta trots ohälsa och/eller funktionsnedsättning.

Projektmedarbetare fick ökad kulturell förståelse samt förståelse för män och kvinnors situation/förutsättningar. Många deltagare hade svårigheter att använda information, processa den och omsätta i handling för att komma vidare. Regelverk och myndighetspråk var svårt att hantera för målgruppen och de behövde stöd i det. Målgruppen uppfattades behöva en ”ny plattform” för att ta emot och bearbeta information utifrån en ny kontext. Det gäller särskilt för de män och kvinnor med kort eller ingen skolbakgrund. Genom att ställa nyfikna frågor, lyssna på svaren och försöka utgå från deltagarnas perspektiv byggdes förutsättningar att i dialog förstå varandra. Information behövde tillgängliggöras, upprepas, sättas in i en kontext så att deltagarna kunde ta den

⁸ <http://www.halsolitteracitet.se/>



till sig. Med andra ord – ge rätt stöd, vid rätt tidpunkt och på rätt sätt. Befintliga insatser anpassades och nya utvecklades då det under projektperioden fanns tid, tillit, dialog och kontinuitet för att identifiera behov och förståelse för mäns och kvinnors grundförutsättningar.

Komplexa utmaningar krävde ibland komplexa lösningar, deltagarna behövde ofta stöd från flera aktörer för att göra stegförflyttningar mot självförsörjning. För att hamna rätt behövde flera deltagare stöd och vägledning, t.ex. via en koordinerande funktion som på olika sätt utvecklats i delprojektens arbete (se metodstöd i bilaga 1).

En annan lärdom är att insatsen ”Extratjänster” blev en möjlighet för flera av deltagarna att få arbete även för de med kort eller ingen skolbakgrund eller för de som saknar arbetslivserfarenhet. Det gav möjlighet att lära sig mer om arbetsmarknaden och få in en fot.

Flera av delprojektens personal hade hälsokompetens, exempelvis hälsopedagoger/personliga tränare. Att ha personal med dessa kompetenser i ordinarie verksamhet som kompletterar andra professioner var en framgångsfaktor. Vid behov kompletterades personalgruppen med fysioterapeuter, arbetsterapeuter och psykologer och i ett fall med en läkare. I insatsen ”gruppträffar med hälsofokus” bidrog även barnmorskor, sjuksköterskor med flera. Delprojekten har erbjudit någon form av fysisk aktivitet. Det har varit uppskattat av deltagarna och bidrar till ett hälsofrämjande arbete genom att låta deltagarna prova olika insatser praktiskt och inte bara höra om dem teoretiskt.

En annan lärdom var att flera kvinnor och män hade svårigheter att självständigt besvara enkäter. Det gällde framförallt de nationella enkäterna som tagits fram och som visade sig vara för svåra att besvara. Det gällde särskilt för dem som var ovana/aldrig besvarat enkäter och de som saknade skolbakgrund. Det gjorde det svårt att mäta såväl resultatmålen kring stegförflyttning och egenmakt. Delprojekt Gävles användning av NNS⁹ enkäter ”Indikatorer för finansiell samordning” fungerade bättre för dem.

Dialoger och intervjuer var bättre metoder för att fånga in synpunkter och förbättringsförslag. Deltagarna uppskattade att projektet tog sig tid att efterfråga deras synpunkter. Arbets sättet med kommunikationsstödjare är värt att sprida till liknande insatser för att öka brukarmedverkan.

Deltagarnas röster

Utifrån intervjuer fick projektet en bättre bild av projektdeltagarna. Majoriteten av de svarande var nöjda med de aktiviteter som de deltagit i som exempelvis Hälsoskola och Vägledningsinsatser. Kunskap som deltagarna fick spreds även vidare till närstående. Många var även nöjda med det bemötande de fick av projektmedarbetarna.

⁹ <http://nnsfinsam.se/utveckling/indikatorer.aspx>



”Fick mycket bra kunskap om hälsa ifrån hälsoskola, nu vet jag mycket om vården i Sverige och på vilken sätt kan jag vårda både mig och mina barn utan att jag behöver boka tid på vårdcentralen”
Kvinna ca 30 år.

”Deltagarna blir pigga och mer fokuserade. Personalen har bra strategi att presentera tankar och idéer” *Man ca 50 år*

”Jag har varit mycket nöjd och handledaren brukar följa med till läkare. Jag får hjälp med olika myndigheter” *Man ca 60 år*

Att få ta del av information exempelvis om Försäkringskassan, vårdcentralen, kvinnors rättigheter lyftes som särskilt värdefullt. Metoden Suggestopedi (se metodstöd bilaga 1), som ett sätt att lära sig det svenska språket samt att ta till sig information som tidigare inte landat hos individen, lyftes också fram som värdefull.

”Man får kunskap inom att planera sin framtid och att man tror på sig själv. Att kunna försörja mig och stötta min man. Det har vi lärt oss med tillgänglighet och jämlikhet inom Suggestopedi”
Kvinna ca 30 år

”Information som jag fick om arbete och arbetsmarknad i Sverige och dessutom information om fysisk och psykisk hälsa”
Kvinna ca 50 år

Vanligt förekommande hinder för att komma ut i arbete/studier var brister i det svenska språket, något som nästan alla intervjuade beskrev. Andra hinder var ålder (flera var över 50 år), ohälsa, oro och svårigheter kring sin bostadssituation, avsaknaden av kontakter samt låg eller ingen arbetslivserfarenhet och/eller skolbakgrund.

”Först och främst språket och sen fysiska begränsningar som jag har”
Kvinna ca 45 år

”Jag har aldrig varit på skolan i mitt land och har inte fått någon utbildning tidigare. Därför är språket och studier är viktiga för mig”
Kvinna ca 50 år

”Jag tror att språket och åldern kan vara hinder. Jag kan inte studera långa utbildningar och de flesta yrken kräver utbildningen ”
Man ca 50 år

Det som var mindre bra/ dåligt i projektet lyftes relativt sparsamt och utgjorde enstaka svar. Exempel på förbättringsområden var tillgänglighet till kursansvarig som inte varit tillfredställande, att kurstiderna skulle vara kortare. Någon nämnde att möten var förlagda efter skolan (tolkas som SFI) vilket blev för mycket och någon nämnde att de saknade praktiska aktiviteter.



Mål och resultat – Organisationsnivå

Detta avsnitt inleds med en presentation av målen på organisationsnivå, nedan kallat resultatmål, som följs av en presentation om hur dessa mål uppnåts. Avsnittet avslutas med en analys av måluppfyllelsen och en presentation av lärdomar på organisationsnivå.

RESULTATMÅL PÅ ORGANISATIONSnivå

Aktörerna använder systematiskt befintliga arbetssätt och metoder för medarbetare i verksamheterna för att:

- identifiera målgruppen
- stödja och stärka målgruppen

Aktörerna har utvecklat befintliga och nya arbetssätt och metoder för medarbetare i verksamheterna för att:

- identifiera målgruppen
- stödja och stärka målgruppen

Måluppfyllelse

Projektet gör bedömningen att resultatmålen på organisationsnivå har uppnåtts eftersom delprojekten använder/använt sig av befintliga, utvecklade samt nya arbetssätt, för att identifiera ohälsa/funktionsnedsättning hos nyanlända kvinnor och män i etableringsuppdraget och för att stödja och stärka dem i deras väg till arbete/studier. Exempel på dessa arbetssätt finns i tabell 1 nedan.

| Syfte med arbetssätt/insats | Metodstöd |
|-----------------------------|---|
| Identifiering | Inremittering till projektet |
| Kartläggning | Individuella samtal/kartläggning, Fördjupad kartläggning, Hälsosamtal |
| Vägledning | Gruppvägledning samt vägledningssamtal, Fördjupad kartläggning/vägledning, Koordinering med coachande och vägledande arbetssätt |
| Hälsa | Hälsoskola, hälsostöd, Basal kroppskännedom, Hälsosamtal, Friskvårdsaktivitet |
| Arbetsnära insatser | Supported Training/Supported Employment, Språkpraktik för kortutbildade |



| | |
|---------------|---|
| Öka samverkan | Fasta team – samverkan över organisationsgränserna, Projektmedarbetarnas funktioner i projektet, Samverkan och konsultation, Socialförsäkringssystemet och jämställdhet, SamSIP |
| Övrigt | Processande gruppverksamhet, Grön etablering, Horisontella principer, Tjänstedesign, Kommunikationsstödjare, Suggestopedi med arbetsmarknad-, hälso- och samhällsinriktning |

Tabell 1 : Översikt över projekt Hälsöfrämjande etablerings metodstöd

Analys av måluppfyllelse

Deltagarna har främst identifierats genom att det fanns tecken på ohälsa och/eller funktionsnedsättning som påverkar etableringsprocessen, till exempel genom utebliven progression, hög frånvaro från aktiviteter eller många vårdkontakter. Identifiering gjordes också genom användandet av Arbetsförmedlingens frågeformulär ”Stödfrågor för klargörande av hälsotillstånd” har använts. Ett delprojekt hade hälsosamtal med samtliga nya som skrevs in i etableringsprogrammet innan någon misstanke fanns, för att så tidigt som möjligt kunna fånga upp individer som tillhör målgruppen.

Av drygt 500 avslutade deltagare fick drygt 13 procent en registrerad funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga under tiden de var inskrivna i projektet. I oktober 2020 hade cirka 1,5 procent av samtliga inskrivna i etableringen en registrerad funktionsnedsättning med nedsatt arbetsförmåga på Arbetsförmedlingen. Siffrorna är inte jämförbara men den samlade bedömningen var att projektet i högre utsträckning identifierar personer med ohälsa/funktionsnedsättning än i ordinarie verksamhet.

En stor del i att tidigare kunna identifiera personer bestod av en förbättrad och ökad dialog mellan kommunen och Arbetsförmedlingen. Lärarna på SFI kunde i många fall identifiera utebliven progression eller hög frånvaro tidigare än arbetsförmedlaren. Genom en ökad dialog dem emellan kunde personer snabbare fångas upp. Fler personer kunde också identifieras för att arbetsförmedlare, med vetskap om projektet, systematiskt uppmärksammat deltagare där det fanns tecken på ohälsa och/eller funktionsnedsättning som påverkade etableringsprocessen. Genom ökad dialog med vårdcentraler och andra ESF-projekt identifierades personer med misstänkt ohälsa och/eller funktionsnedsättning även från dem.

Projektet utvecklade och använde olika arbetssätt och insatser och såg att det behövdes en nära och kontinuerlig kontakt med individen samt en bredare kartläggning av personens förutsättningar och behov. När tjänstepersoner känner sina deltagare väl kan dialoger inledas kring olika livsområden, varav ett är arbete. Det var mer än hälsa och fokus på arbete/studier som behövde tas i beaktande. I projektet kunde mer tid läggas på varje individ än i ordinarie verksamhet, bland annat genom fler individuella samtal. Det gav bättre förutsättningar för att skapa en relation och bygga upp ett förtroende vilket i sin tur underlättade för identifiering av ohälsa och funktionsnedsättning. När



deltagaren känner sig sedd och trygg finns bättre förutsättningar att ha ett samtal där deltagaren vågar berätta mer om sitt mående och andra utmaningar. Då medarbetare i projektet träffade deltagaren under en längre tid ökade också möjligheten att ställa rätt frågor vid rätt tid, då individen var mottaglig och kunde besvara dem. I projektet har kartläggning varit en kontinuerlig process där behov har uppmärksammats. Det gav stöd för val av lämpliga insatser både under och efter projektiden.

Vägledningen var en viktig insats för deltagarna och liksom i andra insatser kan man sammanfatta att tid, tillit och resurser ger framgång och ökar förutsättningarna för individen att lyckas. Vägledningen genomfördes både enskilt och i grupp. Den fördjupade kartläggningen låg också som grund till vägledningsinsatserna, vilket i sin tur innebar att det fanns utrymme för förändringar i insatserna och planeringen utifrån deltagarens behov.

Samtliga delprojekt hade gruppaktiviteter med hälsofokus som ibland kallades ”hälsoskola” och var ett uppskattat inslag av både deltagare och projektmedarbetare. Aktiviteten som i vissa delprojekt var tillskapad och i andra delprojekt vidareutvecklad syftade till att öka deltagarnas möjligheter att navigera i områden som rör hälsa, ge förutsättning till ökat handlingsutrymme och ökad egenmakt. Framförallt genom diskussion och reflektion. Aktiviteten genomfördes ofta i samarbete mellan projektets ingående aktörer och inkluderade utöver det, i varierande grad, ytterligare professioner såsom läkare, fysioterapeut, arbetsterapeut, barnmorska, polis och socialsekreterare.

Gruppaktiviteterna var uppdelad i olika teman utifrån behov och vilka professioner som kunde kopplas på. Exempel på teman var ”hälso- och sjukvårdssystemet”, ”egenvård” och ”fysisk och psykisk hälsa”, ofta med ett jämställdhets- och ett icke-diskrimineringsperspektiv. I de flesta ingick även olika former av fysisk aktivitet. Aktiviteten genomfördes med tolk bortsett från Nacka-Värmdö där den genomfördes av hälsokommunikatörer som utöver vård- eller hälsoutbildning hade kulturkompetens och även talade deltagarnas modersmål.

Arbetsnära insatser så som Supported Employment, Supported Training, språkpraktik för kortutbildade samt Suggestopedi med arbetsmarknads- och samhällsinriktning är alla metoder eller arbetssätt som har vidareutvecklats för att möta målgruppens behov och förutsättningar (Se bilaga 1).

Lärdomar på organisationsnivå

En viktig lärdom var att det i ordinarie verksamheter saknades insatser för de med komplexa utmaningar som exempelvis kombinationer av ohälsa, kort/ingen skolbakgrund och språkutmaningar. Många av de insatser som erbjöds hade för höga trösklar för att målgruppen skulle delta, exempelvis krav på viss språknivå. Projektet prövade olika arbetssätt som anpassats efter mäns och kvinnors behov. Individer i etableringen ska delta i insatser som motsvarar heltid men många hade bara SFI och samhällsorientering innan projektstart. För



att individerna ska kunna göra de stegförflyttningar som krävs för att nå självförsörjning behöves mer individanpassade insatser som bättre möter deras behov.

För deltagarna fanns behov av studie – och yrkesvägledning såväl teoretiskt som praktiskt. Det fanns även ett behov av motivationshöjande insatser i samband med vägledning.

Försäkringskassan, som haft en mer konsultativ roll i projektet, utvecklade tillsammans med kommunen i ett delprojekt en workshop om socialförsäkringen och jämställdhet. Socialförsäkringen är en bra utgångspunkt att diskutera Sveriges samhällsstruktur och göra kopplingar till jämställdhet och arbete. Deltagarna återkopplade att de fått tillgång till viktig information och plats att ventilera frågor och tankar som berör livet i Sverige på såväl individ- som familjenivå. Ett uppskattat inslag var den del som handlade om arbetsmarknadshistoria/samhällsutveckling vilket var ett område som deltagarna tydligt önskade mer av. Att lära känna systemet av ersättningar visade också oväntad potential av arbetsmotiverande inslag, då ökad förståelse ledde till att en del såg den tydliga kopplingen till arbete och den egna ekonomin.

En annan lärdom var att aktörer har olika uppfattningar av vad begreppet ohälsa innebär. Begreppet ”hälsa” är som tidigare nämnts svårfångat då föreställningen om begreppet skiftar över tid och påverkas av olika historiska och kulturella sammanhang. Utmaningarna med att enas om en definition av begreppen ohälsa respektive hälsa har resulterat i att projektet inte samlats kring enhetliga definitioner. Att aktörerna har olika synsätt innebär också att det påverkar både samverkan och samhandling eftersom det kan finnas olika uppfattningar om vad individen behöver för att få rätt stöd.

Tydlig kontaktväg till och mellan varandra underlättade arbetet, såväl kontakter mellan handläggare kring enskilda individer och organisationsnivå. Det gällde såväl i delprojekten som i kansliets arbete. Bra kontaktvägar underlättade diskussioner om förståelse av begrepp, exempelvis kring hälsa/ohälsa, och ökade möjligheten att använda verktyg som aktörerna gemensamt förfogar över. Det minskade troligtvis risken för att individer ska falla mellan stolarna.

Att varva individ- och gruppinsatser kompletterade varandra bra och skapade mervärde för individen. Dynamiken och tryggheten i gruppen gjorde att deltagarna stärkte, inspirerade och lärde av varandra. Det skapade också möjlighet för att kunna identifiera behov, över tid, så att rätt stöd kunde sättas in.

En annan lärdom är att det fungerade väl att ha både män och kvinnor i samma grupper. Det gav ett mervärde att både män och kvinnor till exempel tillsammans får diskutera jämställdhet.



Mål och resultat - Strukturnivå

Detta avsnitt inleds med en presentation av målen på strukturnivå, nedan kallat resultatmål, som följs av en presentation om hur dessa mål uppnåts. Avsnittet avslutas med en analys av måluppfyllelsen och en presentation av lärdomar på strukturnivå.

RESULTATMÅL PÅ STRUKTURNIVÅ

Aktörerna har skapat förutsättningar för gemensamma arbetsätt/arbetsflöden, i samarbetet kring ohälsa/funktionsnedsättning, inom och mellan medverkande aktörer.

Måluppfyllelse

Projektet gör bedömningen att resultatmål på strukturnivå nåddes genom att utvecklingsområden tydliggjorts, metodstöd utarbetats och paketerats och vissa lösningar implementerades. Även på strukturell nivå har målgruppen och dess behov varit utgångspunkter i arbetet.

Analys av måluppfyllelse

När projektets startades gjordes en nulägesanalys av såväl utvärderare, det nationella projektkansliet och i delprojekten. I flera delprojekt fanns sedan tidigare samverkansforum där projektet kunde "kliva in" med ett förstärkt hälsoperspektiv. Ett exempel är delprojektet Växjö som bidrog till utformandet och genomförandet av en återkommande samverkansutbildning tillsammans med samordningsförbundet Varend. Utbildningen bidrog bland annat till att aktörers roller och ansvar tydliggjordes och att kunskap om samverkan ökade. Växjö kommun har även omorganiserat delar av sin verksamhet och bland annat tillskapat funktionen "koordinator" med uppgift att vägleda män och kvinnor vidare till insatser som möter behoven.

I samma delprojekt har det under projektiden slutits en regional strategisk överenskommelse som förutom region, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan även omfattade flera kommuner i Region Kronoberg. Delprojektets lärdomar och resultat finns omnämnda i lokala överenskommelser och i den regionala överenskommelsen. Förhoppningsvis kan detta medföra att målgruppen synliggörs, att kunskap om målgruppen och dess behov sprids samt att de kan tydliggöra roller och ansvar hos de ingående aktörerna.



Nya projekt med stöd av Europeiska socialfonden har startats i både Växjö och Samordningsförbundet VårNa (delprojekt Nacka/Värmdö) där de använder sig av erfarenheter från Hälsöfrämjande etablering.

Projekt Hälsöfrämjande etablering finns omnämnt i det metodstöd kring framtagande av lokala överenskommelser och har tagits fram av en av Samverkansdelegationens¹⁰ arbetsgrupper.

Under projekttiden utvecklades även flera myndighetsövergripande strategiska grupper och forum för samverkansmöten. Samtliga delprojekt hade en chefsgrupp/lokal styrgrupp som var viktiga för det strategiska och för det operativa arbetet. De har också bidragit till att roller och ansvar har blivit tydligare samt att kunskapen om varandras organisationer och uppdrag ökat. Även den nationella styrgruppen och det nationella kansliet var exempel på myndighetsövergripande arbetssätt, som fungerade väl och var en förutsättning för genomförande av projektet i sin helhet. Även olika former av deltagarnära arbetsgrupper tillskapades, exempelvis beredningsgruppen (se bilaga 1) i Umeå och liknande konstellationer i övriga delprojekt.

I Umeå bidrog delprojektet till att ett gemensamt arbetsflöde skapades tillsammans med samordningsförbundets och dess plattform ”Vuxentorget”. Målgruppen har både synliggjorts och aktualiserats med syfte att få samordnat stöd för att etablera sig på arbetsmarknaden. Umeå arbetade även in målgruppen och dess behov i en Dua¹¹-överenskommelse där tre gemensamma kartläggningar kommer att genomföras i etableringsprogrammet av en ”samverkansgrupp för etablering” (Arbetsförmedlingen, Umeåregionens kommuner samt samordningsförbundet)¹². Ett annat resultat var att det tillsattes en ny koordinatorfunktion som finansieras av Samordningsförbundet Umeåregionen som kommer att fortsätta arbetet utifrån projektets lärdomar.

När denna rapport skrevs pågick i delprojekt Malmö en diskussion om att starta ett samverkansteam där projektets målgrupp skulle kunna få samlat stöd.

Lärdomar på strukturnivå

Samtliga ingående aktörer i projektet har såväl roller som ansvar för målgruppen. Arbetsförmedlingen och kommuner har särskilt utpekat ansvar. Omorganisationer, förändringarna i arbetssätt och personalomsättningar medför

¹⁰ Samverkan mellan myndigheter, Länsstyrelser och SKR som stödjer myndighetsövergripande arbete kring områdena asyl-, flykting- och etableringsfrågor.

¹¹ Delegationen för unga och nyanlända till arbete

¹²

https://www.dua.se/sites/default/files/webform/agreements/bilaga_4_samordnade_individprocesser.pdf



att tydligheten om roller och ansvar riskerar att minska. Förändringar hos Arbetsförmedlingens bidrog till oro men också trögare flöden och försvarande av kommunikation.

Arbetet med att tidigt identifiera individer i etableringen med misstänkt ohälsa/funktionsnedsättning, identifiera deras förutsättningar, utreda och stödja dem mot arbete eller studier underlättades av att det fanns rutiner för organisatorisk samverkan i etableringen, genom exempelvis regionala och lokala överenskommelser. Ett arbete som utvecklats bland annat delprojekten Växjö och Umeå. Att ledningen i de olika organisationerna var engagerade och prioriterade samverkan i och utanför projektet var en viktig framgångsfaktor. Men det var minst lika viktigt att de organisationer som valde att samverka sedan tog ansvar för att projektens resultat omhändertogs och implementerade när så behövs.

För att få till en långsiktig samverkan behöver den finnas en stabil struktur som inte enbart är personbunden. Enskilda personer i verksamheterna som brinner för målgruppen eller har ett intresse och driv att samverka och skapa resultat är viktiga och ger ett mervärde i arbetet men samverkan ska inte vara beroende av dessa. En lärdom var även att det var betydelsefullt med engagemang och vision för att nå resultat. Det är med andra ord viktigt att organisationerna har kunskap om målgruppen och dess behov. Fungerande ledarskap och representanter i chefsgrupper behövdes liksom tydliga arbetssätt hur man skulle arbeta med målgruppen.

En lärdom var att om alla parter hade insyn i planeringarna runt en individ eller åtminstone hade tillgång till uppdaterade kontaktuppgifter till handläggare/lärare skulle det underlätta kommunikationen. Något som tydliggjorts under projektiden är att det saknas förutsättningar för gemensam dokumentation av möten med deltagare.

Lärdomar om digitala arbetssätt

Samtliga aktörer strävar efter att utveckla digitala arbetssätt för att exempelvis delge information, boka mötestider men även genomföra möten med medborgare. Med anledning av pandemin påskyndades användandet av digitala verktyg i projektet. Fysiska möten ersattes med telefon eller digitala mötesformer. Nedan presenteras lärdomar av det som fungerade bra och det som var svårt. Dessa lärdomar kan med fördel tas med i aktörernas arbete med att utveckla digitala arbetssätt.

Fysiska träffar underlättade relationsbyggen. Relationen och tilliten mellan medarbetaren och deltagaren hade betydelse för att deltagaren skulle öppna upp sig. Det visade sig vara svårt att bygga en relation med nya deltagare via telefon eller digitala kanaler och att identifiera behov och eventuell ohälsa när de fysiska mötena uteblev. Viss ohälsa och/eller funktionsnedsättning kunde stå i



relation till individens omgivning och förblev otydlig både för deltagare och medarbetare. Där det redan fanns en upparbetad relation fungerade ofta digitala kanaler bra, det framkom till och med fördelar med att ha uppföljningar via telefon och/eller digitala kanaler då det blev lättare att få in fler individuella avstämningar. En lärdom utifrån det är att det inte är ett bra sätt att inleda en relation på, men en möjlighet vid uppföljningar därefter.

För att kunna ha uppföljningar digitalt behöver dock digitala verktyg finnas tillgängliga för individen. Det var inte ovanligt att deltagarna saknade rätt utrustning (datorer, plattor, mjukvara etc.) eller saknade kunskap om hur verktygen används. Utmaningen med att individen saknar utrustning behöver beaktas och i de fall de saknar kunskap kan de behöva stöd för att lära sig hur de kan använda digitala verktyg och höja sin digitala litteracitet. Även för personalen fanns utmaningar med att använda nya digitala kanaler och vissa behövde utveckla sin kompetens på området.

De flesta deltagare hade tillgång till och kunde använda telefon. Användning av telefon underlättades om personal och projektmedarbetarna i förväg, exempelvis vid ett fysiskt möte, hade kommit överens om att uppföljning eller annat skulle ske via telefon. Det visade sig dock att det fanns det fördelar med videomöten istället för telefonmöten för de som hade bristande kunskaper i svenska i och med att då även kroppsspråket syntes.

En annan utmaning var att många deltagare var trångbodda, vilket kunde påverka möjligheterna för att t.ex. prata ostört eller att hemuppgifter blev svåra att genomföra.

En lärdom på organisatorisk och strukturell nivå var att aktörer använder sig av olika digitala kommunikationssystem/verktyg. Alla aktörer kunde inte använda samma verktyg. Det försvårade för personal att mötas digitalt, vilket innebar utmaningar i samarbetet. Det fanns också utmaningar gällande sekretess utifrån kommuner, regioner och myndigheters regelverk som gjorde det svårare att genomföra SIP eller andra samverkansmöten via digitala kanaler.



Nationella kansliets reflektioner

I detta avsnitt gör det nationella projektkansliet några reflektioner över delar som på något sätt stuckit ut i arbetet i projektet och delar vi ser som viktiga lärdomar.

Projektet har varit framgångsrikt. Projektets resultatmål på organisations- och strukturnivå är uppnådda. Resultatmål på individnivå är till stor del uppnådda. Kunskapen om målgruppen har ökat. Många deltagare är nöjda med sina insatser, har fått stöd i att göra stegförflyttningar, fått ökad egenmakt och ett drygt 90-tal har efter deltagande i projektet gått vidare i arbete eller studier.

Könsfördelningen hos projektdeltagare

Enligt projektplanen skulle kvinnors möjligheter att nå arbete eller studier särskilt beaktas. Detta med anledning av att det sedan tidigare är känt att utrikes födda kvinnor inte får lika stor del av arbetsnära insatser och når arbete/studier i lägre utsträckning jämfört med män (Arbetsförmedlingen 2019). Samtidigt fanns det en ambition, att erbjuda både kvinnor och män med behov, projektets insatser.

Det har varit fler kvinnor än män i projektet. Av drygt 500 deltagare var 69 procent kvinnor och 31 procent män. Könsfördelningen har varierat över tid och mellan delprojekten. Vid projektavslut var andelen män i delprojekten mellan 23 och 40 procent. Några möjliga förklaringar till könsfördelningen presenteras här.

Vid planeringen av projektet var det fler män än kvinnor som deltog i etableringen och drygt tre år senare vid projektslut var förhållandet det omvända¹³.

Det fanns skillnader i utbildningsnivån bland de män och kvinnor som under projekttiden deltog i etableringen. Kvinnor hade något lägre utbildningsnivå än män. Bland projektdeltagarna var det betydligt vanligare att kvinnorna (drygt 40 procent) saknade skolbakgrund i jämförelse med männen (knappt 20 procent). Det kan ha haft betydelse för projektets könsfördelning då det finns ett samband mellan utbildningsnivå och hälsa. Lägre utbildningsnivå ger sämre hälsa och sämre förutsättningar för en god hälsa (Folkhälsomyndigheten 2015).

Erfarenheter från projektet visar också att det fanns brist på insatser för personer med kort eller som helt saknade skolbakgrund. Även detta kan ha bidragit till könsfördelningen i projektet. Personer med kort eller avsaknad av skolbakgrund kan också behöva mer tid exempelvis för väglednings- och motivationsinsatser än personer med utbildningsbakgrund. För det behövs både tid och resurser, ett utrymme som funnits i projektet.

¹³ Data från Arbetsförmedlingen, 2021



Fler kvinnor än män har enligt rapporten *Fem vägar genom etableringen* (IFAU, 2019) hinder i sin etablering. En tolkning var att målgruppens behov har fått styra urvalet till projektet och därmed påverkat könsfördelningen. Att det deltagit fler kvinnor kan alltså spegla att det är fler kvinnor som haft behov av insatserna i projektet. De två delprojekt som haft minst andel män har aktivt arbetat med att försöka öka antalet.

Könsstereotypa mönster och förväntningar kan ha påverkat fördelningen mellan antalet kvinnor och män i projektet. Detta kan exempelvis ha påverkat vilka glasögon personal hade på sig när de mötte kvinnor och män vid rekrytering av deltagare. Aktörer har framfört att de tolkat projektet som förberedande och ”mjukt” och därför hänvisat fler kvinnor, som anses ha större behov av att rustas för arbetsmarknaden. Erfarenheten var att män talade mindre om sin ohälsa och istället fokuserade på arbete, medan kvinnorna kunde vara snabbare att påtala hinder och ohälsa i till exempel diskussioner om att delta i aktiviteter på heltid.

Komplexa utmaningar utöver ohälsa och/eller funktionsnedsättning

Projektets målgrupp var kvinnor och män i etableringen med misstänkt ohälsa och/eller funktionsnedsättning. Syftet var att dessa individer skulle identifieras, deras behov utredas och att de skulle erbjudas relevant stöd och åtgärder för att möjliggöra inträde på arbetsmarknaden.

Den faktiska målgruppen visade sig utöver ohälsa och/eller funktionsnedsättning ha utmaningar av en mer sammansatt och diffus karaktär. Exempelvis boendesituation, familjesituation eller känsla av vanmakt i sin vardag och etablering i arbetslivet. När det gäller familjesituationen omfattas exempelvis väntan på och/eller ovisshet om någon familjemedlem. Utmaningar som inte var lätta att lösa på kort sikt kan medföra ohälsa såväl i nutid som på sikt.

Många hade även kort eller saknade helt skolbakgrund vilket fick till följd att några hade svårigheter att läsa och/eller skriva. Konsekvenserna av att inte kunna läsa och/eller skriva på modersmål eller annat mål, vilket vi benämnt som preliterat, får konsekvenser på många områden. Utvecklingen av abstrakt tänkande är ofta bättre hos personer som är läs- och skrivkunniga. Dessa förmågor behövs ofta för att på ett tillförlitligt sätt utreda om en individ har en funktionsnedsättning. Det är därför inte helt enkelt att utreda huruvida eventuella svårigheter kan bero på funktionsnedsättningar eller om det handlar om att personer inte kan läsa eller skriva. För att kunna göra den bedömningen behövs kunskap och möjlighet att tillgänglighetsanpassa utredningar efter personens förmågor.

Det ska tilläggas att det finns hög motivation hos målgruppen; de vill lära sig svenska, hitta arbete och bli en del av samhällsgemenskapen. Fokus behöver ligga på deras resurser och möjligheter istället för huruvida det föreligger ohälsa eller funktionsnedsättning.



Hälsa/ohälsa

Valet av namn på projektet var inte en slump. Hälsöfrämjande arbete har oftast fokus på att ta tillvara och stärka det friska och de resurser som människor har. Begreppet hälsa har inte definierats i projektet då begreppet är svårfångat. Hälsa definieras ibland som mer än frånvaro av sjukdom, kan vara ett mål, men även vara ett medel för att nå andra mål (exempelvis egenförsörjning, att kunna ta hand om sin familj). Att hantera sin hälsa är en komponent bland fler som kan underlätta möjligheten att komma ut i egenförsörjning.

Deltagarna i projektet skulle ha en misstänkt funktionsnedsättning och/eller ohälsa men arbetet i projektet skulle samtidigt vara hälsöfrämjande, ett både-och-perspektiv. Projektet har inte heller haft en enhetlig definition av begreppet ohälsa. Begreppet ohälsa kan vara enklare att definiera än hälsa men eftersom alla aktörer har olika uppdrag där ohälsa har olika betydelse avstod vi från att definiera även det ordet.

Det är dock värt att reflektera över det faktum att medverkande aktörer har olika definitioner av hälsa/ohälsa i sitt arbete och hur det påverkar samarbetet och arbetet i projektet. Det är viktigt att ha en förståelse för att det finns olika synsätt på hälsa/ohälsa och att det kräver mer förklarande diskussioner än det hade gjort om alla hade haft samma synsätt. Det behöver dock inte vara ett problem. Alla aktörers olika uppdrag om olika delar skapar en helhet där individen får rätt stöd från rätt aktör om alla gör sin del. För att denna helhet ska till behövs aktörerna samverka och ha ett gott samarbetsklimat. Skillnaderna i synen på hälsa/ohälsa innebär att det med stor sannolikhet kommer bli missförstånd och krockar aktörerna emellan i samarbetet. Men det både gick och behövde hanteras för att individen ska få rätt stöd. Utöver en utmanande uppgift är det också lärorikt, givande och viktigt för aktörerna.

Att det inte fanns en gemensam definition av hälsa respektive ohälsa innebär ibland att olika aktörer haft olika förväntningar på vilka typer av behov hos projektdeltagarna som skulle hanteras. Detta har behövt hanteras under projektets gång när det uppdragats vilka deltagare som uppvisat tecken på ohälsa och därefter vilka behov dessa individer har haft. I projektet har förståelsen för hälsofrågans komplexitet ökat och vi har sett att det behöver beaktas mer i etableringen än vad som tidigare gjorts.

Hälsolitteracitet

Många deltagare hade låg hälsolitteracitet, vilket är förmågan att förvärva, förstå, värdera och använda information för att bibehålla och främja hälsa¹⁴. Detta kan få konsekvenser för individen som då till exempel har svårt att navigera i vårdssystem och veta vad man själv kan göra om man själv eller någon närstående inte mår bra. Det kan även få konsekvenser för folkhälsan. Det finns således vinster med att arbeta för ökad hälsolitteracitet vilket är viktigt att beakta hos de tjänstepersoner som möter individen. Det är dock inte ett

¹⁴ <http://www.halsolitteracitet.se/>



vedertaget begrepp hos alla aktörer men det viktiga är dess innebörd och mervärde. Flera delprojekt har arbetat specifikt med detta och ett exempel är delprojekt Gävles arbetsätt (se bilaga 1).

Brukarmedverkan och enkäter

Brukarmedverkan har varit en viktig del i projektet och gett ett mervärde genom mer träffsäkra aktiviteter och ökad kunskap.

Nationellt har projektet fått hjälp av en referensgrupp som bestod av personer med egen erfarenhet av migration och ohälsa/funktionsnedsättning vid till exempel framtagande av enkäter kopplade till målgruppen. Att använda sig av referensgrupper med egen erfarenhet av t.ex. migration och etablering har haft stort värde då referensgruppsmedlemmarna kan ha perspektiv som lätt missas.

I projektet finns erfarenheter av att enkäter till målgruppen inte är det bästa verktyget för att följa upp eller utvärdera arbetsätt, särskilt för de som är preliterata. Projektet nådde större framgång med hjälp av semistrukturella intervjuer. Det genomfördes deltagarintervjuer med stöd av personer som själva migrerat till Sverige och hade språk- och kulturkompetens så att intervjuerna kunde genomföras på deltagarens modersmål. Dessa intervjuer gav både ökad kunskap om individerna och deras upplevelser av projektet.

I delprojekten har deltagare involverats på olika sätt i det löpande arbetet där de på olika vis fått möjligheter att påverka innehåll i pågående insatser och gett input till förändringar framöver. I ett delprojekt, Växjö, har projektmedarbetarna också arbetat med brukarmedverkan genom metoden tjänstedesign.

Jämställdhet, tillgänglighet och icke-diskriminering

Vikten av att arbeta med jämställdhet, tillgänglighet och icke-diskriminering i alla led kan inte nog understrykas. Kunskaperna om dessa principer; hur de kunde tillämpas, utvecklas och beskrivas har skilt sig åt bland delprojekten. Att kontinuerligt utbilda, diskutera och pröva principerna har varit hjälpsamt. Tack vare detta blev det tydligt att det är av största vikt att beskriva *hur* projektet praktiserar principerna. Att ta fram och analysera processkartor har varit en framgångsfaktor som bidragit till projektets resultat. Sist men inte minst har principerna diskuterats med projektets deltagare vilket varit uppskattat. På sätt och vis har de varit inbyggda i projektets syfte och design. Men det betyder inte att arbetet med principerna kunnat läggas åt sidan, tvärtom.

Projektmedarbetare har utbildats i principerna och även i det intersektionella perspektivet. Det sistnämnda innebär att en individ kan behöva förhålla sig till fler än ett av perspektiven. Ett exempel är där flera olika



diskrimineringsgrunder kan sammanfalla hos en och samma individ. Att vara kvinna (man är norm), att ha en funktionsnedsättning (avsaknad av funktionsnedsättning är norm) och utrikes född (inrikes född är norm) medför att makten i livet kan begränsas än mer är för en kvinna som i övrigt inte omfattas av diskrimineringsgrunderna. Som tjänsteperson är detta viktigt att ha med sig både i mötet med andra och i arbete med strategier och policys.

Principerna och tillämpningen av dem har diskuterats regelbundet på projektmöten och våra utvärderare har gett delprojekten stöd i att fördjupa och beskriva arbetet. En utmaning har varit att erbjuda projektets insatser till personer vars modersmål inte tillhörde de stora invandrarspråken.

Även projektdeltagarna har fått möjlighet att diskutera dessa frågor särskilt i gruppinsats med hälsofokus men även i andra insatser såsom workshop om socialförsäkring och som tema i arbetet med suggestopedi.

När det gäller tillgängligheten är det de som saknar utbildningsbakgrund och som är preliterata som har stora utmaningar med att klara olika kontakter i samhället med exempelvis myndigheter. Om man dessutom inte vet vad som förväntas av en och hur man ska navigera i samhället kan man inte heller äga sin process. Den mesta samhällsinformation finns på digitala kanaler såsom hemsidor och applikationer. På kort sikt kan det finnas behov av att anpassa hur, när, var och på vilket sätt information delges personer som är nya i Sverige och som är preliterata. Det kan exempelvis vara mer framgångsrikt och finnas större behov att ses och diskutera information tillsammans än att hänvisa till en hemsida. För att lyckas med det behöver medarbetare ha kunskap och kompetens om hur tillgängligheten kan öka för målgruppen. På lång sikt nås dock framgång i tillgänglighet och egenmakt bäst genom att rusta målgruppen genom till exempel insatser som ökar deras digitala litteracitet. Likaså kan medarbetare behöva stärkas i sina digitala färdigheter.

Vid pandemins start framkom tydliga brister i tillgänglig information till målgruppen. Här fanns många aspekter såsom hälsolitteracitet, språksvighet, egenmakt och digital litteracitet som samspelade. Deltagarna ställde många frågor och pandemin diskuterades i delprojekten.

För målgruppen är tillgång på bra tolkar viktig, inte bara för information utan också för att kunna sätta ord på besvär och kunna förstå frågor som ställs. Det behövs också för att projektpersonalen ska kunna identifiera ohälsa och eller funktionsnedsättning hos deltagaren.

Samordningsbehov

I arbetet med målgruppen har det visat sig finnas ett stort samordningsbehov för en del individer inom målgruppen. Hur behovet ser ut skiljer sig mellan individer. Det handlar exempelvis om att förstå och ta del av det som respektive organisation kan erbjuda samt uppfylla de krav som ställs på individen i de



olika systemen. Individer som inte är vana att navigera i systemen kan behöva stöd i hur hen ska orientera sig i och mellan organisationerna. Det behövs en nära och kontinuerlig kontakt med individen och en bredare kartläggning av personens behov då det är mer än ohälsan eller fokus på arbete/studier som behöver tas i beaktande.

Samverkan

Aktörerna i projektet styrs av lagar och förordningar, till det tillkommer överenskommelser och viljeinriktningar tillsammans med andra aktörer. Verksamheten hos varje aktör är ett eget komplext system som över tid förändras. Läggs systemen från alla aktörer ihop blir förstås den gemensamma bilden än mer komplicerad både för individen och för samverkande aktörer. Personalomsättning kan också vara en faktor som påverkar. Förändringar i arbetssätt hos en aktör kan även påverka andra samverkansaktörer. Det kan ta tid innan en förändring inom en organisation helt är genomförd då det kan beröra många anställda. Det är inte heller alltid lätt att förstå vad olika begrepp betyder för olika aktörer såsom medicinsk-, social-, arbetslivsinriktad-, arbetsmarknadsinriktad rehabilitering. Begrepp är oftast lättare att förstå för den aktör som "äger" begreppet medan den kan vara oklar för andra. Innebörden av begreppen och skillnaderna dem emellan kan vara svårförståeliga för individen som har behov av stöd.

Genom att samverka i olika forum och genom att ha tydliga ingångar till varandra kan utmaningar i ovan nämnda områden lättare lösas vilket ökar chansen att aktörerna hakar i varandra på ett effektivt sätt och att individen får rätt stöd.

En reflektion från arbetet i projektet är att en framgångsfaktor varit att de ingående aktörerna på ett tydligt sätt arbetat tillsammans mot det gemensamma målet att identifiera personer med särskilda behov och att stötta dem i sin väg mot arbete/studier.

Insatser för målgruppen

I projektet prövades både befintliga och nya insatser. Här reflekterar vi kring ett par insatser som användes mindre än förväntat och reflekterar kring några generella lärdomar från insatserna vi ser som särskilt viktiga för stegförflyttning och ökad egenmakt.

Ett par befintliga insatser som vi ville testa under projektperioden var Supported Employment (SE) och samordnad rehabilitering. Vi ville undersöka om det kunde vara passande aktiviteter för denna målgrupp.

SE är en metod där stöd ges för att deltagaren ska finna, få och behålla ett arbete på den öppna arbetsmarknaden. Hos Arbetsförmedlingen sker SE inom ramen för programmet SIUS och det kan också ges med stöd från kommunen. För SIUS ska personen ha en funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga vilket ska styrkas med underlag från hälso- och sjukvård eller



annan aktör såsom Arbetsförmedlingens AR-professioner¹⁵. I Umeå provades metoden Supported Training (ST) istället för SE då deltagarna inte ansågs redo för den sistnämnda, det vill säga att de behövde stöd i praktik snarare än i arbetet. Metoden med SE användes i arbetet med deltagarna, men inte i så stor utsträckning som förväntat. En av de främsta anledningarna till att den inte användes mer verkar vara att många deltagare inte uppfattades vara redo för arbete utan behövde ett steg före såsom ST.

Samordnad rehabilitering innebär att Försäkringskassan utreder behovet av arbetslivsinriktade åtgärder och samordnar insatser från hälso- och sjukvården, Arbetsförmedlingen och andra aktörer som kan också behövas för att personen ska komma/återgå i arbete. För att ta del av samordnad rehabilitering ska personen ha nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom eller sjukdomstillstånd och behov av samordning med flera parter i sin rehabilitering för att behålla eller återfå sin arbetsförmåga. Den nedsatta arbetsförmågan ska styrkas med underlag från en läkare. Om personen inte har ett pågående ärende hos Försäkringskassan behöver individen själv ansöka om samordnad rehabilitering. Det visade sig att när projektmedarbetare resonerade med tjänstepersoner från Arbetsförmedlingen och/eller Försäkringskassan framkom ofta att deltagaren antagligen inte skulle uppfylla kriterierna för samordnad rehabilitering och därmed troligen få avslag. Det baserades både på bedömning utifrån det enskilda fallet och på tidigare erfarenheter med liknande målgrupper. Insatsen användes därmed nästan inte alls, den testades endast en gång i projektet. Istället löste man det på annat sätt utan Försäkringskassan eller lyfte rehabiliteringsfrågor kring individen i forum där vård, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och kommun fanns representerade.

En reflektion om varför inte insatsen användes mer är att deltagarna inte bedömdes vara redo för arbetslivsinriktad rehabilitering. En annan reflektion är att insatsen samordnad rehabilitering är svår att förstå och hantera för tjänstepersoner som inte arbetar aktivt med rehabilitering hos andra aktörer än Försäkringskassan. För andra aktörer finns svårigheter att vägleda till detta då det saknas kunskap om hur och när en individ kan ansöka om samordnad rehabilitering och vad insatsen omfattar. Det fanns exempel på missförstånd om att samordnad rehabilitering inte skulle gå att nyttja för någon som saknar sjukpenninggrundande inkomst och även förväntningar på att insatsen omfattar mer än den gör. Samverkan är därför viktig så att frågor om insatsen kan tas upp.

En generell reflektion från insatserna i projektet är att andra sätt än skolbänksinlärning kan vara mer framgångsrik för målgruppen inom etableringen och särskilt de som är prelittrata. Exempel på detta finns i de flesta av projektets insatser som bedrivits i grupp.

En annan framgång är att många i projektets målgrupp har erbjudits parallella insatser inom många livsområden, till exempel hälsorelaterade insatser i kombination med gruppvägledning vilka i många fall har kombinerats med SFI-

¹⁵ Psykolog, arbetsterapeut, socialkonsulent, fysioterapeut



studier. Även om parallella insatser inte har varit ett uttalat mål i projektet är det ett koncept att fundera över i kommande arbeten. Det finns stöd i en dansk forskningsstudie¹⁶ som visar att samordnade insatser (med arbetsfokuserade inslag) ökar sannolikheten att komma i arbete, särskilt om handläggaren också tror på det. Den danska forskningsstudien har bl.a. anammats i svensk kontext av Samordningsförbundet i Halland¹⁷.

Behov av kompletterande arbetsmarknad

Projektets aktörer kan kartlägga, vägleda och rusta i det oändliga men till syvende och sist skall det finnas en arbetsmarknad som efterfrågar personer från målgruppen och arbetsgivare som är villiga att ta emot och skapa förutsättningar för praktik, arbetsträning och slutligen anställning.

Det kan vara ett stort steg för den som är prelitterat, är äldre och har ohälsa att komma ut på den reguljära arbetsmarknaden. Kanske kan en alternativ arbetsmarknad exempelvis via sociala företag kunna vara en möjlig, mera mjuk ingång där individen har möjlighet att vara i en riktig ”jobbsituation” och i den öva språket (kanske genom suggestopedi) och rustas för den reguljära arbetsmarknaden. Möjligen kan det vara en mer framkomlig väg för att närma sig arbetsmarknaden.

En reflektion är att etableringsprocessen innebär mer än att komma ut i arbete eller studier, även etablering i samhällslivet är viktigt för att kunna leva ett bra liv både för sig själv och för sina anhöriga. Vi människor kan bidra till samhället på fler sätt än via arbete.

Digitaliseringen

Pandemin medförde att projektet började använda digitala verktyg i arbetet med deltagarna. Det fanns stora farhågor och vi trodde att det inte skulle fungera. Glädjande nog fungerade det i större utsträckning än vi utgick från samtidigt som vi såg många utmaningar som är viktiga att ta med sig i aktörernas arbete med att utveckla digitala arbetssätt. Eftersom så mycket i vårt samhälle sker via telefon och/eller digitala kanaler, är det viktigt att aktörerna är medvetna om utmaningar det innebär för målgruppen och att det sker insatser för att höja deltagarnas digitala litteracitet. Detta för att individen ska öka sin egenmakt och kunna ta del av information mer självständigt. Det var även något som efterfrågades av deltagarna.

Pandemin påverkade inte bara arbetet med deltagarna utan även arbetet internt i projektet. Alla fysiska träffar ställdes in. Allt kreativt skapande och processinriktat arbete skulle genomföras via verktyget Skype som har begränsade möjligheter att erbjuda lösningar på de behov som fanns. Det ställde andra och nya krav på alla medarbetare i projektet. Inte minst när det kommer till planering och genomförande av slutkonferensen som blev helt och hållet

¹⁶ <https://www.finsam.se/nyhetsarkiv/nyheter/2019-04-25-samordnade-insatser-ger-storst-effekt>

¹⁷ <https://www.sfhalland.se/>



digital. Dessutom hade aktörerna olika digitala plattformar som krävde lösningar. Det gick bra tack vare att vi kände varandra och hade bra relationer i projektet sedan innan men det har tagit tid, kraft och energi från oss alla. Under tiden har vi också lärt oss och med de erfarenheter vi har idag, i mars 2021, så kanske det till och med skulle gå bra att digitalt starta upp ett sådant här projekt.

Bygga vidare

Avslutningsvis har projekt Hälsöfrämjande etablering utvecklat arbetssätt för att ge stöd till målgruppen nyanlända med behov av förstärkt stöd och misstänkt ohälsa och/eller funktionsnedsättning. Kommande projekt kan med fördel bygga vidare på det arbete som gjorts. En del av framtaget material kan användas för andra målgrupper än den som projekt Hälsöfrämjande etablering arbetat med. Det skulle t.ex. vara intressant att ta reda på vilka av de arbetssätt eller kombinationer av dessa, som finns beskrivna i bilaga 1 och i tillhörande delprojektspecifika metodstöd som är särskilt verksamma.



Gemensamma ståndpunkter framåt

Det finns lärdomar och erfarenheter från Hälsöfrämjande etablering som kan tillvaratas i det fortsatta utvecklingsarbetet för att nyanlända personer med ohälsa och/eller funktionsnedsättning kommer i arbete, utbildning eller närmare arbetsmarknaden.

Nedan står gemensamma ståndpunkter för det fortsatta arbetet från ingående aktörer i den nationella styrgruppen: Sveriges Kommuner och Regioner, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och Socialstyrelsen.

Integration av nyanlända är en av flera nutida samhällsutmaningar som spänner över många teman som till exempel hälsa, arbetsmarknad, familj, bostadsmarknad, utbildning, ersättningssystem. Projektets aktörer kan på olika sätt, enskilt och tillsammans, påverka delar av integrationsarbetet så att fler nyanlända med ohälsa och/eller funktionsnedsättning närmar sig arbetsmarknaden och når egen försörjning genom arbete/studier.

Under projekttiden har det skett förändringar i arbetsmarknadspolitiken och den ännu inte beslutade utformningen av reformeringen av Arbetsförmedlingen kan bidra till att projektets lärdomar om målgruppen på olika sätt kan beaktas i den fortsatta processen.

Kunskap om särskilda utmaningar inom målgruppen

För att personer ur målgruppen ska ha förutsättningar att nå progression i sin etablering behöver organisationer och myndigheter som arbetar med dem ha kunskap om särskilda utmaningar som finns inom målgruppen. Det handlar om att ha en förståelse för personernas förutsättningar såsom hälsostatus och ofta andra komplexa behov samt viss kulturell förståelse. Det påverkar bland annat hur och när information bäst delges och vilka aktiviteter som är passande.

Vi ser särskilda utmaningar för de med kort eller ingen skolbakgrund, knapp eller ingen arbetslivserfarenhet, ohälsa/funktionsnedsättning och preliterata. En del har en kombination av dessa hinder och det är då utmaningarna blir som störst. Det är ofta personer med den problematiken som avstannat i eller har utebliven progression i sin etablering och som behöver särskilt anpassat stöd för att nå arbete eller studier.

Det är framförallt avgörande att de tjänstepersoner som direkt möter målgruppen har kunskap för att kunna stötta personer i deras etablering. Här är



det lika viktigt att kunna hänvisa och hjälpa vidare till rätt instans när så krävs. Kunskap om målgruppen behöver också tas i beaktande hos Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, kommuner, regioner och samordningsförbund vid utformning av tjänster och information som målgruppen tar del av, såsom digitala tjänster och informationssatsningar.

Projektet har fyllt ett behov och utvecklat flera arbetssätt som visat sig ha positiva resultat för just målgruppen med särskilda utmaningar. Dessa beskrivs i metodstöd som kan fungera som inspiration i framtida arbete med målgruppen.

Samverkan och samordning

Att identifiera personer med behov av särskilt stöd på grund av ohälsa och/eller funktionsnedsättning är avgörande och en förutsättning för att kunna sätta in rätt insatser och stöd. Likaså är det viktigt att tidigt identifiera så att personerna snabbt får rätt stöd och ökar sina chanser att nå arbete/studier. Genom samverkan mellan aktörer som kommer i kontakt med personerna ökar chansen att uppnå det.

Eftersom den här målgruppen ofta har en komplex problematik där behov finns från flera aktörer samtidigt är det också av den anledningen viktigt att få till en god samverkan. Det behövs också för att kunna göra en kartläggning av personens behov. De olika behoven hos målgruppen är viktiga att diskutera i forum där samverkan sker mellan berörda aktörer. Exempel på forum som prövats inom ramen för projektet är samordningsförbund och forum för lokala och regionala överenskommelser. En viktig framgångsfaktor är att det finns tydliga ingångar till aktörerna, så att man enkelt kan komma i kontakt med varandra. Hur dessa ingångar tydliggörs sker bäst utifrån lokala och regionala behov och förutsättningar och konkretiseras därför smidigast i lokala och regionala samverkansforum där Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, kommun och region finns representerade.

Arbetsmarknad

För att personer ska komma i arbete behövs en arbetsgivare som tar emot och anställer. Om inte denna arbetsmarknad/arbetsgivare finns spelar det ingen roll hur väl aktörerna utreder behov, stöttar och förbereder personen för arbetsmarknaden.

Målgruppen, och individens kompetens, vilja och ambitioner behöver synliggöras för arbetsgivare och de behöver i sin tur öppna upp och ge förutsättningar för att ta emot personer för arbetsträning, praktik och för anställning. För detta kan arbetsgivarna behöva stöd liknande det i metoden Supported Employment.



Referenser

Arbetsförmedlingen (2014), (2015) och (2016). *Arbetsmarknadsrapporter*. Stockholm: Arbetsförmedlingen.

Arbetsförmedlingen 2019. *Utrikes födda kvinnor – Arbetsförmedlingens återslag 2019*. Stockholm: Arbetsförmedlingen.

Arbetsförmedlingen (2020). *Arbetsmarknadsutsikterna våren 2020 - Utvecklingen på arbetsmarknaden 2020–2021*. Stockholm: Arbetsförmedlingen.

Folkhälsomyndigheten 2015. *Utbildningsnivå och hälsa – Hur hänger det ihop?* Faktablad med sammanfattning av resultat och slutsatser från regeringsuppdrag <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/u/utbildningsniva-och-halsa-hur-hanger-de-ihop/>

Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen (2016). *Nyanländas rehabiliteringsbehov – Arbetsätt och verktyg för att identifiera behov med förslag till utvecklingsområden*. Stockholm: Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.

IFAU 2019:7. *Fem vägar genom etableringen. En beskrivning av nyanländas etableringsprocess*. Ehof Grafiska AB: Uppsala

Proposition 1997/98:16. *Sverige, framtiden och mångfalden – från invandrarpolitik till integrationspolitik*. Stockholm: Inrikesdepartementet

Proposition 2017/18:249. *God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik*. Stockholm: Socialdepartementet

Samverkansdelegationen (2017) *Nyanländas hälsa Sammanställning utifrån ett urval av rapporter*.

Slobodan Zdravkovic, Mathias Grahn & Carin Björngren Cuadra (2016). *Kartläggning av nyanländas hälsa: MILSA enkätstudie*. Malmö: Malmö Högskola

Socialförsäkringsrapport 2017:5. *Effektutvärdering av insatser för unga med aktivitetsersättning*. Stockholm: Försäkringskassan

Socialstyrelsen (2015). *Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter. Ett kunskapsunderlag för primärvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2017). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen



HÄLSÖFRÄMJANDE ETABLERING



SCB (2017). Situationen på arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning. Stockholm: Statistiska centralbyrån

Sveriges Kommuner och Landsting (2016). *FINSAM:s roll i framtidens välfärd - nationell ESF-förstudie*. Stockholm: Sveriges kommuner och Landsting.



Bilaga 1 – Översikt metodstöd

Samtliga arbetsätt som av projektet bedömts fungera väl finns beskrivna i metodstöd. Nedan presenteras korta sammanfattningar av projektets metodstöd. Du kan läsa dem i sin helhet på SKR:s hemsida. Vid varje sammanfattning framgår det i vilket delprojekt metoden/arbetsättet använts.

Sammanfattningarna är sorterade under följande rubriker:

- Identifiering
- Kartläggning
- Vägledning
- Öka hälsa
- Arbetsnära insatser
- Öka samverkan
- Övrigt

Identifiering

Inremittering till projektet (Delprojekt Gävle)

Vid inskrivning och kartläggning i Etableringsprogrammet på Arbetsförmedlingen kan det framkomma signaler om ohälsa och/eller funktionsnedsättning som utgör den första grunden för att vara aktuell för inremittering till projektet. Vid identifierat behov av fortsatt kartläggning, utredning och omhändertagande av ohälsa, kallades personen till ett informationsmöte i grupp för att få information om kursen de erbjöds. I Gävle var projektet i form av en kurs som pågick under ca 4 månader, där deltagarna träffades i grupp och individuellt, för fortsatt kartläggning och utredning av behov av stöd. Aktörerna som arbetade med kursen var främst Arbetsförmedlingen och Gävle kommun (SFI). Vid informationsmötet gavs information om vad som erbjöd och vad syftet var, samt motiverade den nyanlända att delta i insatsen. Tolk användes och det fanns utrymme att ställa frågor både i grupp och individuellt efteråt.

Kartläggning

Individuella samtal med fördjupad kartläggning (Delprojekt Gävle)

Kartläggningen ska synliggöra eventuell ohälsa och/funktionsnedsättning som medför en nedsatt arbetsförmåga. Den ska även undersöka individens förutsättningar och eventuella stödbehov inför arbete eller kompetensutveckling. Deltagande aktörer är medarbetare både från kommunen och Arbetsförmedlingen där professionerna psykolog, sjukgymnast och socialkonsulent samt SIUS-konsulent ingår. Fördjupad kartläggning sker både i



individuella samtal och i grupp. Tre fasta samtal ska planeras in under kursperioden på 16 veckor, men vid behov kan fler individuella samtal genomföras. Det som framkommer under den fördjupade kartläggningen ska bidra till att den nyanlända får det stöd som den behöver för att etablera sig i samhället och närma sig arbetsmarknaden, men också för att få ökad egenmakt och kunna medverka i sin egen planering och sätta mål för framtiden. Allt ska dokumenteras för att sedan sammanfattas när personen är klar i insatsen.

Fördjupad kartläggning (Delprojekt Växjö)

Fördjupad kartläggning sker i delprojektet Växjö som en process över tid. En fördjupad kartläggning som löper genom individens deltagande i projektet ger stora kunskaper om individen och dennes behov. Kartläggningen speglar och beskriver individens process och utveckling genom deltagandet i projektet. Genom att arbeta processinriktat med kartläggningen har bedömningarna om lämpligt stöd och insatser varit väl genomtänkta och motiverade. Det har bidragit till att deltagarnas planeringsverktyg på Arbetsförmedlingen varit uppdaterade utifrån individens kunskap, kompetens och förutsättningar. Vid avslut har deltagaren fått en sammanfattning av den fördjupade kartläggningen. Där har individen kunnat se vad som har gjorts under tiden i projektet och om personen själv väljer användas som informationsöverföring till andra aktörer.

Fördjupad kartläggning och gruppvägledning (Delprojekt Malmö)

Fördjupad kartläggning var en gruppaktivitet där man fördjupade sig i teman kopplade till arbetslivet. Syftet var att deltagarna skulle vidga sina perspektiv och definiera sina egna intressen och mål. Utifrån dessa utformades sedan deltagarnas planering. Målet var att både deltagare och medarbetare i teamet skulle få en helhetssyn av deltagarnas framtida yrke. Aktiviteten utfördes genom fyra träffar/workshops med maximalt 12 deltagare där varje träff hade ett av följande teman: mina drömmar, hälsa, softskills och arbetsmarknad. Gruppvägledningen som följde den fördjupade kartläggningen genomfördes också vid fyra tillfällen och syftade till att stödja deltagarna i att ta välgrundade beslut utifrån självkännedom och omvärldskunskap samt att utveckla deras beslutskompetens. Väglidningsinsatsen kunde även genomföras individuellt.

Hälsosamtal (Delprojekt Nacka-Värmdö)

Hälsosamtalet utgår från Arbetsförmedlingens frågor om hälsa vid kartläggningssamtalet och syftar till att komplettera detta. Till sin form är ett hälsosamtal 1–2 timmar långt och hålls på annan plats än i Arbetsförmedlingens lokaler med en samtalsledare som inte är arbetsförmedlare. Hälsosamtalet testades initialt i nära anslutning till kartläggningssamtalet efter att den nyanlända fått sin etableringsperiod beviljad. Detta för att se om hälsosamtalet kunde identifiera annan ohälsa än kartläggningssamtalet. Senare kom hälsosamtalet att användas som bedömningssamtal för alla potentiella deltagare i delprojekt Nacka-Värmdö oberoende av hur långt de kommit i sin etableringsperiod.



Vägledning

Gruppvägledning samt vägledningssamtal (Delprojekt Umeå)

Syftet med gruppvägledning var att målgruppen själva aktivt skulle skapa sin egen planering mot arbete/studier. Detta genom att få information om den svenska arbetsmarknaden, ökad kunskap om ”vägar” till arbete, ökad digital kompetens och möjlighet att reflektera kring sina egna tankar och förutsättningar för arbete/studier. Efter gruppvägledningen gick ungefär hälften av deltagarna vidare till Supported employment/Supported training. Efter att flertalet grupper och samtal genomförts drogs slutsatsen att behovet av anpassad vägledning för målgruppen var stor. Delprojektet såg att insatsen gjorde skillnad för individen genom ökad delaktighet i sin egen väg mot arbete och ökad kunskap om arbetsmarknaden.

Vägledning (Delprojekt Nacka-Värmdö)

Varje vägledningsgrupp träffades en fast dag per vecka under sex veckors tid. Träffarna varade i normalfallet tre timmar och byggde på gruppövningar, samt på aktiva och öppna dialoger både mellan deltagare och med de vägledare som höll i träffarna. Olika teman togs upp kring bland annat yrkesval, kompetens, utbildning och arbetsmarknad, men även genus och hälsa. Den process som träffarna följde var Arbetsförmedlingens metod för gruppvägledning, men anpassad efter målgruppens generella behov och med variationer i utformningen av enskilda aktiviteter utifrån behoven hos specifika vägledningsgrupper. Omkring hälften av deltagarna uppgav att de gjort en positiv stegförflyttning i samband med insatsen, det vill säga kommit närmare arbete. En slutsats som kan dras är att fler nyanlända skulle ha nytta av kvalificerad vägledning och att gruppvägledning särskilt är att rekommendera.

Koordinering med coachande och vägledande arbetssätt (Delprojekt Växjö)

Delprojekt Växjö arbetade utifrån en koordinerande och samordnande funktion: koordinator. Det innebär att man genom vägledning och coaching, och i samverkan med andra aktörer, koordinerar och samordnar de insatser som erbjuds för att ta sig närmare arbetsmarknaden. Som koordinator i Hälsufrämjande etablering ser man också till att misstankar om ohälsa och /eller funktionsnedsättning blir utrett och att nödvändiga anpassningar kan komma till stånd så att ohälsa och/eller funktionsnedsättning kan betraktas som omhändertaget av samhället, och förutsättningarna för att arbeta förbättrats. Som koordinator får man ett helhetsperspektiv över deltagaren situation och kan därmed fånga upp de behov som finns och se till att de aktörer som kan ge de insatser deltagaren behöver, kopplas in. Målet är att deltagaren ska kunna etablera sig i samhället och kunna leva ett självständigt liv.



Hälsa

Hälsoskola (Delprojekt Umeå)

Syftet med hälsoskolan var att öka deltagarnas hälsolitteracitet samt uppmuntra till att vilja att ta del av fysisk aktivitet. En distriktsköterska, med lång erfarenhet av att möta nyanlända, och en hälsopedagog från SFI ansvarade för genomförande av hälsoskolan. Hälsoskolan var tre timmar per vecka i 11 veckor och bestod av en teoridel på två timmar och en timme med fysisk aktivitet. Exempel på teman var; sjukvården och egenvård, hur den egna kroppen fungerar, vanliga sjukdomar, jämställdhet och familjeliv, vardagsmotion, psykisk hälsa och sexuell hälsa. De flesta grupper bestod av enbart kvinnor eller av enbart män och en grupp var blandad. Grupperna delades in efter språk och det fanns alltid samhällskommunikatör eller tolk för att tillgängliggöra innehållet för deltagarna, vilket var en viktig förutsättning för undervisningen.

Hälsoskola (Delprojekt Nacka-Värmdö)

Hälsoskolan i delprojekt Nacka/Värmdö genomfördes av Transkulturellt centrum (TKC) i region Stockholm. I hälsoskolan träffades man fem till sex gånger och lyssnade till föredrag och deltog i gruppsamtal kring fem olika teman. Teman som berördes var hälsofrämjande, migration och hälsa, fysisk aktivitet och hälsosam mat, stress & sömn samt egenmakt. Det sjätte tillfället var praktiskt och innebar att man besökte matvarubutik och apotek för att ta del av rekommenderade matvaror och egenvård.

Hälsoskola (Delprojekt Malmö)

Insatsen hälsoskola i delprojekt Malmö riggades och genomfördes av läkare från Region Skåne tillsammans med arbetsterapeut, psykolog och socialkonsulent från Arbetsförmedlingen. Hälsoskolans upplägg var 10 gruppträffar med olika teman med tolk på samtliga språk. En viktig del var att skapa trygghet och ge förutsättningar för en god gruppdynamik. Gruppaktiviteten har varit uppskattad och ett viktigt komplement till att identifiera /uppmärksamma hälsohinder och genom ökad kunskap och dialog öka egenmakt och motivera till egenvård.

Hälsoskola (Delprojekt Eskilstuna)

I Eskilstunas delprojekt har hälsoskola varit en av metoderna som använts i syfte att nå resultatuppfyllelse i projektet. Alla deltagare har deltagit i utbildningsprogrammet. Hälsoskolan bedrivs av projektpersonal som tidigare varit med och utvecklat metoden i Eskilstuna. Olika teman, alla med koppling till ämnet hälsa, behandlas under regelbundna gruppträffar, där gruppen också drar nytta av att vara tillsammans och stötta varandra. Mycket fokus ligger på att skapa förtroendefulla relationer mellan gruppleddare och deltagare, samt på att kontinuerligt forma ett innehåll som motsvarar deltagarnas behov och



förväntningar. Hälsoskolan är i regel ett uppskattat inslag, även om det behöver kompletteras med fler delar för att kunna sägas leda fram till ökad anställningsbarhet.

Hälsostöd (Delprojekt Gävle)

Hälsostöd i grupp syftar till att förbättra hälsan hos nyanlända med tecken på lindrigare former av psykisk ohälsa på grund av stress som uppstått i samband med migration. Hälsostöd som metod utgörs av olika träffar och leds av en gruppleddare. Ämnena behandlas i dialogform för att deltagarna ska utforska frågor tillsammans, lyssna aktivt och skapa en öppenhet för olika svar och förhållningssätt. Ämnen för träffarna är bland annat hur migration kan påverka psykiskt mående, hur man söker vård till rätt vårdinstans och vad man själv kan göra för att påverka sin hälsa. Gemensamt för de ämnen som behandlas är att det syftar till att skapa förståelse och förutsägbarhet samt öka upplevelsen av sammanhang och egenmakt. Gruppleddaren har vanligen erfarenhet från människovårdande eller stödjande arbete. Kunskap och vana av att leda grupper och gruppdialoger är en fördel. I detta metodstöd är funktionerna som medverkar psykolog, sjukgymnast, socialkonsulent och medarbetare/handledare med utbildning inom hälsa och friskvård.

Hälsosamtal (Delprojekt Malmö)

Hälsosamtalet gav bättre kännedom om deltagarnas hälsosituation inför vidare planering av insatser. Samtalet var grundläggande och den enskilt viktigaste metoden som användes i delprojektet. I samtalet identifierades och uppmärksammades individuella behov av stöd. Att inom etableringen genomföra hälsosamtal tidigt i processen ökade möjligheten för tidig identifiering av ohälsa. Det leder till att individen får rätt stöd. Behov av stöd i kontakt med vården kan fångas upp och omhändertas. Det blir enklare för etableringshandläggare att specificera vad läkare ska bedöma i de fall det är aktuellt att efterfråga läkarutlåtande om hälsotillstånd. I delprojekt Malmö prövades arbetssättet direkt av en läkare som under en tid var knutet till projektet. Hälsosamtalet är ett redskap som kan genomföras av andra professioner, exempelvis av Arbetsförmedlingen.

Friskvårdsaktivitet (Delprojekt Nacka-Värmdö)

I delprojekt Nacka Värmdö testades en träningsaktivitet för kvinnliga elever på SFI-undervisningen i samverkan med Komvux Värmdö SFI. Instruktören var en kvinnlig elev på SFI som hade tränarbakgrund från sitt hemland där hon jobbat med både gruppträning och personlig träning. Träningen bestod av övningar i aerobics, yoga och dans. En viktig erfarenhet som träningsaktiviteten ledde fram till var att träningen var mycket mer än träning. Kvinnorna som deltog kom från flera olika nationaliteter och kulturer men hade en gemensam nämnare i att de var vana vid att ha en mötesplats för bara kvinnor. En mötesplats som i deras olika kulturer är en naturlig samlingsplats där information, kunskap och upplevelser. I avsaknad av denna samlingsplats kom träningsaktiviteten att bli ett substitut för detta.



Basal kroppskännedom (Delprojekt Eskilstuna)

Eskilstunas delprojekt har använt metoden Basal Kroppskännedom som en deltagaraktivitet. Den följde efter det att deltagarna avslutat hälsoskolan. Metoden är en terapiform, och är inte lika undervisningsinriktad som hälsoskolan. Kroppen står i centrum för metoden och utgör verktyg för att må bättre fysiskt och mentalt. Uppföljningen gjordes med hjälp av ett i metoden ingående rörelsetest och visade på goda resultat sett till rörelsekvalitet.

Basal Kroppskännedom är en fysioterapeutisk behandlingsmetod och ett förhållningssätt som innebär att man utför enkla rörelser med kroppen som ger resultat i form av ökad kroppsmedvetenhet och rörelsekvalitet.

Rörelseövningarna kan läras ut enskilt eller i grupp. Vid gruppbehandling utgör själva gruppen ett viktigt verktyg i metoden. Var och en övar utifrån de egna förutsättningarna samtidigt som man får möjlighet till gemenskap med andra gruppdeltagare, eller att träna förmågan att vara i en grupp. I gruppsammanhang ges även utrymme till att dela erfarenheter och upplevelser av övandet med övriga deltagare och ledaren.

Arbetsnära insatser

Språkpraktik för kortutbildade (Delprojekt Umeå)

Språkpraktiken används vanligtvis för personer som uppnått en högre nivå, c-nivå, på SFI. I projektet testades insatsen för kortutbildade SFI-elever (kurs 1A). Syftet var att träna svenska i en arbetsmiljö för att stärka språkutvecklingen. Arbetsplatsen var ett stort tillagningskök i Umeå kommun där två deltagare utan tidigare skolbakgrund praktiserade tre dagar i veckan och två dagar i skolan under en nio-veckorsperiod. Både eleverna och arbetsplatsen gavs tid för förberedelse genom workshop och samtal via tolk för att skapa en så stark delaktighet som möjligt. Integrationspedagog och arbetsmarknadskonsulent gjorde täta uppföljningar och eleverna fick en handledare på plats. Trots att insatsen testades på en liten grupp deltagare visade det på möjligheten att språkutveckling kan skyndas på för språksvaga och preliterata elever med rätt stöd till både elever och arbetsplats.

Supported Training och Supported Employment (Delprojekt Umeå)

I delprojekt Umeå prövade man om Supported TrainingTM och Supported Employment var en användbar metod för målgruppen och undersökte om det fanns behov av förändringar i arbetssätt. Projektinsatsen ingick i Umeå kommuns ordinarie verksamhet inom arbetsmarknadsavdelningen som i sin tur utgör en del av samverkansplattformen Vuxentorget. Från Umeå Kommun deltog två arbetsmarknadskonsulenter. Arbetsmarknadskonsulentens roll i ordinarie uppdrag är att synliggöra deltagarens förutsättningar till arbete, studier eller annan behovsanpassad lösning. I samverkan skedde regelbundna träffar tillsammans med deltagarens övriga professionella nätverk där följande aktörer



ingick: Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Region Västerbotten och Umeåregionens kommuner. Av deltagarna som avslutade insatsen gick en majoritet vidare till anställning.

Öka samverkan

Projektmedarbetarnas funktioner i projektet (Delprojekt Gävle)

Funktionerna för att identifiera ohälsa och/eller funktionsnedsättning och omhänderta denna, är handledare, psykolog, sjukgymnast, socialkonsulent och SIUS-konsulent. En av förutsättningarna för att rätt funktion ska bli inkopplad är att behovet först uppmärksammas av en arbetsförmedlare eller hos en extern aktör som levererar tjänster till Arbetsförmedlingen. Det viktigaste verktyget är kunskap om hälsa i relation till migration och hälsolitteracitet. Man behöver också ha en förståelse för att målgruppen nyanlända har olika förutsättningar att förstå samhället och den information de får i olika sammanhang. Detta är en förutsättning för att kunna föra dialog, informera och utbilda målgruppen på ett bra sätt. Det är också viktigt att göra en noggrann analys av deltagarens tidigare erfarenheter och aktiviteter för att förstå vilka förutsättningar som finns för arbete/aktivitet och planering framåt.

Samverkan och konsultation (Delprojekt Växjö)

För projektets deltagare är samverkan mellan berörda aktörer av största vikt. Oftast är, eller bör, flera myndigheter vara inkopplade i individens planering varför också behov av samordning föreligger. För att samverkan mellan aktörer ska vara effektivt och långsiktigt krävs förankring i styr- och ledningsgrupper där uppdrag och mål tydligt definieras. I delprojektet Växjös region utgår samverkan från strategiska- och lokala överenskommelser som tagits fram på uppdrag av Arbetsmarknadssamverkan Kronoberg (ASK). ASK består av representanter från länets kommuner, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Region Kronoberg och samordningsförbunden. Utifrån redan befintliga samverkansstrukturer har delprojektet kunnat ta plats i samt skapa nya samverkansforum efter behov. Genom arbetsmetoder som t ex SamSIP och nätverksmöten har individens behov kunnat omhändertas av berörda aktörer på ett effektivt och för individen produktivt sätt. Att erbjuda konsultation har varit ett sätt för delprojektet att nå ut till aktörer som mött individer som av olika anledningar inte varit aktuella för inskrivning i projektet, men haft behov av det samordnat stöd likt det delprojektet kunnat erbjuda.

SamSIP (Delprojekt Växjö)

SamSIP är framtagen genom en överenskommelse gjord av Samordningsförbundet Varend tillsammans med förbundets parter. SamSIP regleras i den lokala överenskommelse som skrivits under av förbundets medlemsparter januari 2020. SamSIP är en förlängning av SIP som även ger Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan rätt att sammankalla till ett samordningsmöte, men även skyldighet att delta när man blir kallad. Som ett



medel för att testa metoden har delprojektet Växjö använt sig av SamSIP i de ärenden som har varit föremål för samordning. En samordnad individuell planering är ett led i att verka för att individer ska få det stöd och insatser som de är i behov av. Metoden har visat sig vara effektiv och gett goda resultat både för individen och för samverkansparter.

Workshop Socialförsäkringssystemet med jämställdhet (Delprojekt Malmö)

Workshopen var en gruppaktivitet och metod som skapades inom ramen för Hälsofrämjande etablering. Workshopen bidrog till jämställdhetsintegrering och ökad kunskap om socialförsäkringen och det svenska samhället. Detta genom att synliggöra och reflektera kring såväl socialförsäkringssystemet i sig som den samhällsstruktur och de bakomliggande värderingar som socialförsäkringen speglar och bygger på. Jämställdhetsperspektivet inkluderades i samtliga delar genom konkreta exempel såsom delad föräldrapenning. Målsättningen var att bidra till ökad social inkludering, skapa förutsättningar för ökad egenmakt och att göra informerade val. Det fanns också möjlighet att boka individuella samtal med de deltagare som hade behov av det. Workshopen utformades och genomfördes gemensamt av en projektmedarbetare från Försäkringskassan en projektmedarbetare från Malmö stad.

Fasta team – samverkan över organisationsgränserna (Delprojekt Eskilstuna)

Erfarenheten av samverkan i Eskilstuna visar tydligt vikten av samverkan mellan organisationerna. När personal från fler organisationer är samlokaliserade och genomför kartläggningar med deltagare gemensamt leder det till gemensam syn med och om deltagaren. Möjlighet att ta del av ett bredare utbud av insatser uppstår, och insatser som överensstämmer med deltagarnas behov blir fler. Dessutom kan snabbare beslut tas. Av vikt är att kompetensen hos samverkansteamet är sådan att nya insatser kan initieras och genomföras utifrån deltagarnas behov.

Övrigt

Grön etablering (Delprojekt Umeå)

Grön etablering erbjöd deltagare att arbeta med trädgårdsaktiviteter i växthus och utomhus, anpassade både för odling och rehabilitering. Insatsen erbjöd återhämtning och utgjorde sociala arenor. Den pågick under tolv veckor, en halvdag i veckan och bestod av samling, trädgårdsaktiviteter, gemensam fika, promenad i närliggande lantbruk- park- och naturområde samt avslutande utvärderingar av dagen. Aktiviteter anpassades till årstiden där sinnen och praktiska göranden kunde användas i språkinläring. Vid första tillfället introducerades syftet, att skapa trygghet, förutsägbarhet och tillgänglighet för



deltagaren för att möjliggöra en utveckling mot ökad egenmakt. Personalteamet hade kompetens kring målgruppens behov, arbetslivsinriktade insatser, odling, naturinventioner och hälsofrämjande miljöer. Insatsen utfördes utan tolkar med undantag för informationsträffen innan uppstart och vid det avslutande individuella samtalet. Teamet jobbade med ett enkelt talat språk, använde bilder, kroppsspråk och visade praktiskt utförandet av olika aktiviteter.

Tjänstedesign (Delprojekt Växjö)

Tjänstedesign är en användardriven metod för utveckling av insatser och tjänster utifrån förståelse för målgruppens behov. Sveriges kommuner och regioner, SKR, har tagit fram ett metodstöd anpassat för tjänsteutveckling i offentlig förvaltning: Innovationsguiden. Delprojektets medarbetare gick Innovationsguidens grundutbildning i tjänstedesign och gjorde utifrån dessa kunskaper en tjänstedesignprocess. Utmaningen som valdes som utgångspunkt var: Hur kan det svenska samhället verka för att nyanländas ohälsa och/eller funktionsnedsättning upptäcks och omhändertas? Slutprodukten blev en kommunikationsstrategi med medföljande metodstöd för tjänstepersoner på myndigheter och i offentlig förvaltning som möter målgruppen i sin tjänsteutövning.

Integrerade horisontella principer (Delprojekt Växjö)

Delprojekt Växjö har både själva och med stöd av SKR genomlyst sina aktiviteter med syftet att förbättra arbetet med de horisontella principerna. Utifrån framkommen kunskap formulerade delprojektet egna projektspecifika strategier för det fortsatta arbetet. Det arbetet omfattade att lyfta horisontella principer i samverkansforum, jobba med att säkerställa tillgänglighet både i delprojektets egna aktiviteter och ute i de verksamheter där deltagarna befinner sig, erbjuda likvärdig vägledning och coachning om utbildningar och yrken oavsett faktorer som kön, ålder, sexuell läggning och öka deltagarnas kunskap inom området.

Kommunikationsstödjare (Kansliet)

I Hälsofrämjande etablering genomfördes semistrukturerade deltagarintervjuer med hjälp av personer med språk- och kulturkompetens för att öka målgruppens möjlighet att komma till tals såväl kring egenmakt som att ge synpunkter på insatser i projektet. Personerna som höll i intervjuerna kallades kommunikationsstödjare. Genom att kommunikationsstödjarna hade språkkompetens kunde deltagarna intervjuas på sitt modersmål. Många av projektets deltagare hade kort eller ingen skolbakgrund och var ovana att besvara enkäter. Detta var då ett effektivare sätt att skatta deltagarnas egenmakt och även ett arbetssätt som bidrog till ökad brukarmedverkan och möjlighet för deltagarna att reflektera kring de insatser som de deltagit i.



Suggestopedi med arbetsmarknad-, hälso- och samhällsinriktning (Delprojekt Eskilstuna)

Suggestopedimetoden kombinerat med ämneskunskaper, i detta fall arbetsmarknads- och samhällskunskap samt hälsokunskap, har visat sig var framgångsrikt hos deltagarna. Den upplevda förmågan att muntligt kommunicera på svenska har förbättrats. Kunskaperna och den egna förståelsen för deltagarnas egen situation i samhället och på arbetsmarknaden har ökat betydligt.

Suggestopedi är en pedagogisk metod som skapades i Bulgarien under 1970-talet. Då användes metoden i alla skolämnen men därefter har den främst används i språkundervisning. Suggestopedi har sett ett uppsving i Sverige under de senaste tio åren och då främst i SFI-undervisning.



Bilaga 2 – Stödmaterial för arbete med jämställdhet, tillgänglighet och icke- diskriminering

Arbetslivet ska vara tillgängligt för alla på lika villkor. Det är ett prioriterat mål inom EU och i Sverige, för att människors kapacitet ska tas tillvara och samhället ska utvecklas på bästa sätt. För att nå dit krävset aktivt arbete.

Hälsofrämjande etablering arbetar med tre horisontella principer som ska genomsyra projektet och främja förutsättningar för projektets deltagare. Dessa är:

- Jämställdhet
- Tillgänglighet
- Icke-diskriminering

De horisontella principerna har enligt Svenska ESF-rådet en dubbel funktion, både att bredda kompetensen hos arbetsgivare och projektdeltagare och att säkerställa att projekten arbetar inkluderande. För att projektet ska nå framgång i arbetet krävs att samtliga medarbetare ges möjlighet att öka sin kompetens dels om jämställdhet, tillgänglighet och icke-diskriminering och dels om hur de kan arbeta aktivt för att främja dessa principer.

Kompetensutveckling

Birgitta Andersson på Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) höll en utbildning om de horisontella principerna för kanslipersonal och delprojektledare, under hösten 2018. Insatsen följdes upp av att frågan lyfts på projektmöten i februari, i maj och i juni 2019. WSP har under projektet gjort intervjuer samt gett stöd i arbetet dels i början av projekttiden via Barbro Lindgren och sedan senare i projektet via Maria Stenman med kollegor.

Det innebär att det i projekten ska finnas en god kunskap om förekomst av och mekanismer bakom diskriminering och att denna kunskap används i utformning och genomförande av projekten. Verksamheterna bör tillämpa rutiner och metoder som främjar lika möjligheter och säkerställer att diskriminering inte förekommer.



HÄLSOFRÄMJANDE ETABLERING



Rapportering till Svenska ESF-rådet

Hur arbetet fortlöper med jämställdhet, tillgänglighet och icke-diskriminering ska redovisas vid varje lägesrapport till ESF, detta gäller både rapportering för delprojekten som för projektets övergripande lägesrapporter



Jämställdhet

JÄMSTÄLLDHETSPOLITISKA MÅL

Kvinnor och män ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv är det övergripande svenska nationella jämställdhetsmålet som är antaget av riksdagen. Utifrån detta finns sex delmål:

1. En jämn fördelning av makt och inflytande.
2. Ekonomisk jämställdhet.
3. Jämställd utbildning.
4. Jämn fördelning av det obetalda hem- och omsorgsarbetet.
5. Jämställd hälsa.
6. Mäns våld mot kvinnor ska upphöra.

<https://www.jamstalldhetsmyndigheten.se/>

Vad innebär jämställdhet?

Jämställdhet innebär att kvinnor och män har samma rättigheter, skyldigheter och möjligheter inom alla områden i livet.

Kvantitativ jämställdhet innebär en jämn könsfördelning inom alla områden i samhället. Med hjälp av könsuppdelad statistik¹⁸ skapas en tydlig bild av olika situationer och förhållanden för kvinnor och män.

Kvalitativ jämställdhet innebär att både kvinnors och mäns kunskaper, erfarenheter och värderingar tas tillvara och får påverka utvecklingen inom alla områden i samhället. Här problematiseras och granskas normer, attityder och värderingar som ligger bakom statistiken.

Jämställdhetsintegrering är den huvudsakliga strategin för att nå målet jämställdhet. Strategin innebär att ett jämställdhetsperspektiv integreras i all planering, allt beslutsfattande, i genomförande och uppföljning. På så sätt blir jämställdhet en del av det ordinarie uppdraget för politiker, chefer och medarbetare.

Alltid kön, men inte bara kön är utgångspunkten för jämställdhetsarbetet, det vill säga att inte analysera kvinnor och män separat från andra kategorier utan det behövs ett intersektionellt perspektiv. Intersektionalitet innebär att maktordningar baserade på kategorier som till exempel kön, etnicitet, sexualitet, funktionalitet och klass samverkar med varandra på olika sätt och skapar ojämlikheter, diskriminering och förtryck. Maktordningar och olika diskrimineringsgrunder påverkar och förstärker ibland varandra och en enskild maktordning kan sällan förstås oberoende av andra.

¹⁸ www.scb.se



Varför behövs principen om jämställdhet?

Ett jämställt arbetsliv är en rättvisefråga och innebär bl.a. lika lön för lika och likvärdigt arbete och att kvinnor och män ska ha samma villkor när det gäller utveckling och karriär i arbetslivet. Jämställdhet är också strategiskt viktigt för framtiden för att klara kompetensförsörjningen.

Fler män än kvinnor är med i etableringen. Utrikes födda kvinnor står utan arbete eller studier efter etableringen i högre utsträckning än män. Nyanlända kvinnors sysselsättningsgrad utmärker sig som särskilt låg. Den fortsätter dessutom att vara det under lång tid – flera år efter att personerna i fråga inte längre klassas som ”nyanlända”.

Det finns flera skäl som bidrar till att fler män än kvinnor skaffar sig ett arbete eller börjar studera efter etableringen. Ett skäl är att kvinnor och män inte tar del av arbetsmarknadspolitiska åtgärder i samma utsträckning. Ett hinder för nyanlända, som i större utsträckning drabbar kvinnor, är brist på arbetslivserfarenhet och kvalifikationer som motsvarar efterfrågan. Även de som har utbildning upplever att deras formella kompetens inte värdesätts, och de får ofta jobb som de är överkvalificerade för. Forskning visar dessutom att brister i språkkunskaper påverkar kvinnors möjligheter att få jobb i större utsträckning än vad de gör för män. Sammantaget pekar detta på vikten av att förbättra förutsättningarna för att ta tillvarata den kompetens som nyanlända kvinnor besitter, inte bara för den samhälleliga vinsten, utan också för individens välmående.

Att kvinnor tar ett större ansvar för barn och familj bedöms utgöra en orsak till det lägre deltagandet relativt männen, vilket är särskilt tydligt under den första tiden i Sverige. Det finns stor risk att personer som har ett stort omsorgsansvar riskerar att falla utanför etableringsinsatserna. När kvinnor står utanför arbete eller studier i högre utsträckning än män efter etableringen så påverkar det flertalet av jämställdhetsmålen på ett negativt sätt.¹⁹

En ökad medvetenhet om hur könsnormer och stereotypa föreställningar om invandrade kvinnor och män påverkar våra beslut och agerande är viktigt för att höja kvaliteten och förbättra resultat.

Projektets arbete med jämställdhet

Enligt Svenska ESF-rådet innebär det att ett jämställdhetsperspektiv införlivas i all verksamhet och i allt beslutsfattande. Jämställdhetsarbetet ska genomsyra analys, målformuleringar, genomförande, uppföljning och utvärdering.

- All individbaserad statistik ska vara insamlad, presenterad, kommenterad och analyserad med kön som övergripande

¹⁹ Nordiska Ministerrådet TemaNord 2018:520 *Nyanlända kvinnors etablering*. Stadskontoret 2018:3 *Sammanställning av kunskap om utomeuropeiskt födda kvinnor som står utanför arbetskraften*. Slutrapport.



indelningsgrund. Analyserna ska ligga till grund för (eventuella) åtgärder vad gäller insatser i projektet.²⁰

- Arbetet i projektet ska utmana könsstereotypa föreställningar.²¹
- Kvinnor och män ska ha likvärdiga möjligheter att delta i projektet och dess insatser.
- Projektets resurser ska fördelas likvärdigt mellan kvinnor och män.²²
- Kvinnors delaktighet ska särskilt beaktas då det är väl känt att kvinnor tar mindre del av arbetsförmedlingens insatser, det gäller både aktiviteter, program, lönestöd och antal besök.

Tillgänglighet

FUNKTIONSNEDSÄTTNING OCH FUNKTIONSHINDER

En funktionsnedsättning är något en person har, inte vad en person är. Ett funktionshinder är ett hinder som uppstår när miljö och omgivning är otillgänglig. En funktionsnedsättning är kopplat till en person och behöver inte innebära ett hinder för delaktighet. Om miljö och omgivning är otillgänglig uppstår ett funktionshinder.

Vad innebär tillgänglighet?

Tillgänglighet handlar om tillträde till den fysiska miljön, transporter och anläggningar samt tillgång till information, kommunikation, varor, produkter och tjänster, inklusive digitala lösningar.

Varför behövs principen om tillgänglighet?

Principen om tillgänglighet handlar om att samhället och arbetslivet ska vara tillgängligt för alla. Personer med funktionsnedsättningar ska ha möjlighet att delta i utbildning och arbetsliv på likvärdiga villkor. Målet är att vi ska få en jämlik och inkluderande arbetsmarknad. Det är också viktigt att samhället tar vara på den arbetskompetens som finns oavsett funktionsnedsättning eller ej.

Omkring 15 procent av befolkningen, ungefär lika många kvinnor som män, i åldern 16–64 år uppper att de har någon funktionsnedsättning. Det är en större

²⁰ Som stöd för arbetet med könsuppdelad statistik, finns exempelvis:

https://www.scb.se/contentassets/bb895b5f842f4641aa407fa80ebb5e19/ov9999_2004a01_br_x97op0401.pdf

²¹ Utmaningen kan både gälla deltagarnas eller nyckelaktörers föreställningar och gälla vägledningssituationer, utmana och bryta den könssegregerade arbetsmarknaden se t.ex. exempel från projekt i Vårgårda: https://www.esf.se/PageFiles/3026204/Slutrapport_procent20Vinnande_procent20arena.pdf.

²² Analys av resurser ingår t.ex. i 4R metoden: <https://www.jamstall.nu/verktygslada/4r-metoden/>



andel personer med funktionsnedsättning bland inrikes födda än bland utrikes födda. Omkring 9 procent av utrikes födda uppger att de har en funktionsnedsättning, samtidigt uppskattas att en hög andel icke-diagnosticerade funktionsnedsättningar finns bland personer med utländsk bakgrund.

Personer med funktionsnedsättning har lägre sysselsättning än övriga befolkningen och står i högre utsträckning utanför arbetskraften. Inom gruppen personer med funktionsnedsättning har kvinnor lägre sysselsättningsgrad än män. Personer med funktionsnedsättning skattar sin hälsa som sämre än övriga befolkningen och särskilt kvinnor med funktionsnedsättning skattar sin hälsa sämre än män²³

Projektets arbete med tillgänglighet

”Att göra tillgängligt” innebär att identifiera och undanröja hinder så att personer med funktionsnedsättning kan vara fullt delaktiga i projektet och i samhällslivet.²⁴

- **Att göra projektet tillgängligt** innebär att integrera funktionshinderperspektivet i planering, beslut och processer. Det inkluderar bl.a. deltagarnas tider de medverkar, miljö, klimat, organisering och ledarskap. Det inkluderar även attityder och värderingar samt möjlighet till utbildning.
- **Att göra informationen tillgänglig** innebär att göra det möjligt för personer med funktionsnedsättning att kommunicera och att ta del av information via tryckta medier, telefon, webb, film och möten. Till exempel hur lätt det är att få information och i vilket format informationen erbjuds (text, ljud, video, lättläst svenska, olika språk, tekniska lösningar med mera).
- **Att göra lokalerna tillgängliga** betyder att personer med funktionsnedsättning ska kunna besöka projektet och kunna ta del av och delta i verksamheten där. Lokalerna ska också fungera för personer med funktionsnedsättning. Till exempel hur lokaler och kontorsmaterial är utformade, åtkomst till alla rum och våningsplan i en byggnad, möblering, ventilation och ljudmiljö.

²³ SCB Information om utbildning och arbetsmarknad 2018:2 Situationen på arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning 2017

²⁴ www.mfd.se



Icke-diskriminering

DISKRIMINERING

”En förenklad beskrivning av diskriminering enligt diskrimineringslagen är att någon missgynnas eller kränks och att missgynnandet eller kränkningen har samband med någon av de sju diskrimineringsgrunderna. Diskriminering kan vara direkt eller indirekt. Även bristande tillgänglighet, trakasserier, sexuella trakasserier och instruktioner att diskriminera är former av diskriminering.”

De sju diskrimineringsgrunderna är: kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, sexuell läggning, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning och ålder.

Vad är icke-diskriminering?

I svensk lagstiftning finns skydd mot diskriminering som har samband med diskrimineringsgrunderna kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionshinder, sexuell läggning och ålder. Icke-diskriminering innebär att inte diskriminera på grund av ovanstående grunder. Icke-diskriminering handlar om att alla ska vara inkluderade i arbetslivet.

Det finns krav på att arbetsgivare ska genomföra aktiva åtgärder vilket innebär ett kontinuerligt förebyggande och främjande arbete för att motverka diskriminering och verka för allas lika rättigheter och möjligheter. Arbetet omfattar alla sju diskrimineringsgrunder.

Varför behövs principen om icke-diskriminering?

Diskriminering utgör begränsningar av kvinnors och mäns handlingsutrymme, av möjligheter att påverka sin livssituation och möjligheter att delta i samhällslivet på likvärdiga villkor. Diskriminering har negativa effekter på individers psykiska och fysiska hälsa, genom den kränkning diskriminering innebär.

Personer med psykisk ohälsa möter oförståelse som leder till diskriminering. De kallas mer sällan till anställningsintervju samt har svårare att få ett arbete och att behålla det. Psykisk ohälsa innebär också begränsade möjligheter till



kompetensutveckling och karriär. Personer med psykisk ohälsa tjänar i snitt mindre än hälften av vad genomsnittsbefolkningen tjänar.²⁵

Personer med nedsatt arbetsförmåga upplever i större utsträckning än befolkningen i övrigt att de blivit avskedade på osaklig grund eller utsatts för kränkande behandling. Det är vanligare att kvinnor med en funktionsnedsättning utsätts för trakasserier och mobbing av chef eller kollegor jämfört med män med funktionsnedsättning.

Det är vanligare att utrikes födda upplever sig förbisedda vid befordran eller att de på osaklig grund inte fått en tjänst.

Homosexuella, bisexuella och transpersoner (hbtq-personer) rapporterar upplevelse av kränkande behandling i högre grad än heterosexuella – kvinnor oftare än män.

I realiteten påverkas en individs situation ofta av ett missgynnande som har samband med flera diskrimineringsgrunder samtidigt. Ofta behövs många olika parametrar för att se hur olika maktordningar skär in i varandra. Ett sådant intersektionellt perspektiv är nödvändigt för att se hela bilden, men inte alltid möjligt att göra utifrån tillgängliga data.

Projektets arbete med icke-diskriminering

- Att säkerställa att alla är inkluderade och behandlas likvärdigt oavsett kön, könsidentitet och uttryck, ålder, etnicitet, religion, sexuell läggning eller funktionshinder. Det säkerställs genom kunskap, organisation, rutiner samt ledning och medarbetarnas förhållningsätt.

²⁵ <https://nsph.se/>



Hälsofrämjande etablering

Hälsofrämjande etablering var ett nationellt projekt, medfinansierat av Europeiska Socialfonden, som ägdes av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och genomfördes i samarbete med Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Projektet pågick mellan december 2017 och mars 2021. Projektet riktade sig till nyanlända som deltog i etableringen och misstänktes ha någon form av ohälsa och/eller funktionsnedsättning. Syftet var att identifiera, stödja och stärka dem på deras väg mot arbete eller studier.

Projektet samordnades nationellt och arbetet bedrevs i delprojekt på följande sex orter: Umeå, Gävle, Nacka/Värmdö, Eskilstuna, Växjö och Malmö. Delprojekten organiserade sig utifrån lokala förutsättningar och behov. På lokal nivå samverkade Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, samordningsförbund, kommuner och regioner.

Upplysningar om innehållet
Carina Cannertoft, carina.cannertoft@skr.se

© Sveriges Kommuner och Regioner, 2021

Text: Dijana Skeppstedt Avdelningen Samordning och uppföljning, Arbetsförmedlingen och Sofia Gagnert Avdelningen för sjukförsäkring, Försäkringskassan samt Carina Cannertoft och Martin Waara, Avdelningen för utbildning och arbetsmarknad, SKR.