

Ohälsan tiger inte still

En kartläggning av hinder för integration i arbetslivet

Ann-Christine Larsson



Ohälsan tiger inte still

En kartläggning av hinder för integration i arbetslivet

Ann-Christine Larsson

Temagruppen integration i arbetslivet 2011:8

TIA
TEMAGRUPPEN
INTEGRATION |
ARBETSLIVET

Temagruppen Integration i arbetslivet (TIA)

Temagruppen Integration i arbetslivet (TIA) har i uppdrag av Europeiska socialfonden (ESF) att analysera ESF-projekt som syftar till inkludering på arbetsmarknaden, i synnerhet inom socialfondens programområde 2, Ökat arbetskraftsutbud.

I fokus står projekt riktade mot personer med utländsk bakgrund, nyanlända, långtidssjukskrivna samt personer med funktionsnedsättning.

TIA ska med sin analysverksamhet lägga grunden för påverkan genom att:

- bidra till kunskapsspridning om ESF-projekt på policynivå och direkt till avnämare
- bidra med kunskapsbaserade uppslag avseende inkludering i arbetslivet
- identifiera och etablera nya viktiga utvecklings- och forskningsområden
- medverka i internationellt kunskapsutbyte
- förse ESF-rådet med underlag till kommande utlysningar

TIA är en del av Institutet för forskning om migration, etnicitet och samhälle – REMESO – en stark forskningsmiljö vid Linköpings universitet. TIA-rapporterna är en av REMESO:s vetenskapliga skriftserier. Skrifterna vänder sig till alla med intresse för inkludering och arbetsmarknad.

REMESSO har långsiktigt stöd från Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) och från Linköpings universitet. REMESO bedriver utbildning, forskning samt uppdrags- och samverkansaktiviteter. Institutets forskningsprofil är inriktad mot transnationell migration, etnisk mångfald och medborgarskap i ljuset av ekonomisk omvandling och förändrade villkor i arbetslivet.

Linköpings universitet är med sina 26 500 studenter och 3 500 anställda och över 100 utbildningsprogram ett av Sveriges större universitet. LiU bedriver utbildning och forskning inom teknik och naturvetenskap, medicin och vård, utbildningsvetenskap, samhälls- och beteendevetenskap och humaniora, och inom breda problemområden, teman.

Vetenskaplig redaktör för skriftserien är professor Maritta Soininen.

Temagruppen integration i arbetslivet
Redaktör: Professor Maritta Soininen

©Författare

Ytterligare exemplar kan beställas från
TIA, Remeso, ISV, Linköpings universitet, 601 74 Norrköping

Innehåll

INLEDNING	1
ETNICITET OCH OHÄLSA	1
HÄLSA OCH ARBETSFÖRMÅGA	3
PROJEKT SOM INGÅR I STUDIEN	5
SVÅRIGHETER I KARTLÄGGNINGEN	5
BOOST, MALMÖ	6
<i>Ohälsa</i>	6
<i>Att delta i Boost</i>	7
<i>Språkkompetens</i>	9
<i>Samarbete med andra aktörer</i>	9
DIRECTA, STOCKHOLM	10
<i>Ohälsa</i>	11
<i>Att delta i Directa</i>	11
<i>Språkkompetens</i>	13
<i>Samarbete med andra aktörer</i>	13
KRAFTVERKET, BJURHOLM	14
<i>Ohälsa</i>	15
<i>Språkkompetens</i>	15
<i>Arbetsmarknad i en liten kommun</i>	16
<i>Samarbete med andra aktörer</i>	17
RESURSCENTRUM, LYCKSELE	17
<i>Ohälsa</i>	18
<i>Att delta i Resurscentrum</i>	19
<i>Rehabilitering och stöd i hemmet</i>	20
<i>Integrationsenheten</i>	21
<i>Språkkompetens</i>	22
<i>Samarbete med andra aktörer</i>	23
URVERKET, KARLSTAD	23
<i>Ohälsa – funktionshinder</i>	24
<i>Försörjningsstöd</i>	25
<i>Att delta i Urverket</i>	25
<i>Resultat så här långt</i>	26
<i>Samarbete med andra aktörer</i>	26

VILKA OLIKA HINDER LYFTS FRAM I PROJEKTEN?	28
HINDER PÅ INDIVIDNIVÅ.....	28
<i>Arbetsförmåga</i>	28
<i>Hem- och familjemiljö och övrig livssituation</i>	30
<i>Motivation och "mognad"</i>	30
<i>Stress över att hantera svenska "jämslällhetsideal"</i>	31
<i>Bristande språkkompetens, arbetslivserfarenhet och utbildning</i>	32
HINDER PÅ ORGANISATIONSNIVÅ	32
<i>Brist på helhetssyn</i>	32
<i>Bristande tillgång till andra aktörers resurser</i>	
– <i>behov av ökad samverkan och kompetensutveckling</i>	33
HINDER PÅ SAMHÄLLSNIVÅ.....	34
<i>Diskriminering</i>	34
<i>Arbetsmarknadssituation</i>	35
<i>Konsekvenser av regelsystem</i>	36
AVSLUTANDE REFLEKTIONER OCH REKOMMENDATIONER.....	38
HUR FÖRSTÅ EN KOMPLEX PROBLEMATIK I FORM AV "OHÄLSA"?.....	38
ÅTERHÄMTNINGSPROCESS	39
REKOMMENDATIONER.....	41
REFERENSER	44

Inledning

Vi kan inte hålla på att coacha och rehabilitera individen till en arbetsmarknad som inte tar emot dem.

Tidigare rapporter från TIA har påtalat att hälsa/ohälsa är en viktig aspekt i ESF-projektens verksamhet (se t.ex. Thörnquist 2011). Den här studien syftar till att kartlägga olika former av hinder i samband med ohälsa för att skapa återgång/integration i arbetslivet för personer med utländsk bakgrund. Hinder kan finnas på samhälls-, organisations- och individnivå. I en tidigare studie (Larsson 2007) visades vid en listning gjord av deltagare att det fanns 38 olika hinder eller kollisioner i regelsystem som hindrade dem från att återgå till arbetslivet efter en långtidssjukskrivning. Projektet som studerades finansierades av Europeiska Socialfondens Equalprogram 2002–2005.

Studien omfattar några utvalda projekt i ESF:s programområde 2, Ökat arbetskraftsutbud, som i första hand riktar sig till deltagare som har annan etnicitet än svensk och som har någon form av ohälsa.

Rapporten inleds med en kortare introduktion i ämnet etnicitet och ohälsa samt problematisering av begreppet hälsa. Sedan följer en beskrivning av de fem projekt som ingår i studien. Därefter tematiseras de olika hinder som projekten lyfter fram. Rapporten avslutas med reflektioner och rekommendationer.

Etnicitet och ohälsa

Det finns flera olika perspektiv på hur vi ser på etnicitet och ohälsa. Några studier visar på migrationsprocessens konsekvenser i form av en framförallt ökad psykisk ohälsa. Andra forskare lyfter fram kopplingen mellan ohälsa och strukturell diskriminering.

Det finns en större andel utrikes födda som står utanför arbetskraften på grund av långvarig sjukdom än inrikes födda (SCB 2009). Många har flyttat från länder där risken är större än i Sverige att smittas av långvariga och svåra infektioner. Många som flyr från sitt hemland har även levt under en stor stress innan de flyr och familje- och vänskapsband splittras. Efter ankomsten väntar ofta en lång tid av osäkerhet under asylprocessen där många inte vågar eller kan rota sig. Stressen och osäkerheten leder sammantaget till att psykisk ohälsa är ett större problem bland flyktingar än bland andra migranter (Folkhälsorapport 2009). Ingvarsdotter (2011: 10) visar att forskningen dock är mångfacetterad och att det även finns studier som framhåller att det är en minskad risk för invandrare att drabbas av psy-

kisk ohälsa. Psykisk ohälsa är ofta nära sammankopplat med skam och stigma och informanterna i Ingvarsdotters studie beskriver psykiska problem som livskriser, som man inte behöver söka medicinsk vård för.

Tema Nyanländas (2011) rapport om hälsa identifierar tre utmaningar inom området hälsa och nyanlända; etableringens påverkan på hälsan, bristen på stöd samt avsaknad av helhetssyn hos personalen som möter målgruppen. De strategiska lösningarna för att komma till rätta med problematiken är – hälsofrämjande insatser, kompetensutveckling av personal samt kunskap och stöd. Den nyanlände behöver kunskap och stöd både när det gäller att förstå olika samhällsstrukturer, men också levnadssättet i det nya hemlandet. Även förändrade roller i familj och det sociala livet påverkar individen. Ett glest socialt nätverk leder till att stöd från familj och vänner uteblir och socialt stöd har betydelse för flyktingars psykiska hälsa under de första åren (se t.ex. Hjern, Angel & Jeppson 1998). Men att utnyttja sina sociala nätverk för att få ett arbete är ändå betydligt vanligare bland utrikes födda jämfört med inrikes födda (Olli Segendorf 2005; Eriksson, Thorzén & Olivestam 2004).

I Sverige hamnar migranterna ofta i bostadsområden med låg status och hänvisas till tunga och lågavlönade arbeten, ibland med en sämre arbetsmiljö. Detta leder till en fortsatt social diskriminering. I Folkhälsorapporten (2009) betonas att detta är den viktigaste förklaringen till varför invandrare i Sverige med utomeuropeiskt ursprung rapporterar tre till fyra gånger så ofta som inrikes födda att de har dålig eller mycket dålig hälsa. Att strukturell diskriminering, såsom boendesegregation, sämre socioekonomiska möjligheter, stigmatisering och marginalisering, påverkar hälsa och möjlighet till bättre hälsa är klarlagt, men när det gäller *hur* strukturell diskriminering påverkar människors hälsa krävs mer omfattande forskning (Groglopo 2006). Självrapporterad diskriminering har mätts i en studie i samverkansprojektet "Diskriminering och hälsa" (Frykman 2006). Studien visar att förekomst av diskriminering är vanlig och hänger ihop med kön, ålder, födelse-land, funktionshinder och sexuell läggning. Försäkringskassan, Arbetsförmedling samt hälso- och sjukvård var de tre institutioner som analyserades i studien och där det konstaterades att det förekom diskriminering. Sambanden mellan upplevd diskriminering och ohälsa är rent generellt starka eller till och med mycket starka. Psykisk ohälsa visar ett starkare samband än kroppslig ohälsa. Även i denna studie kan man inte påvisa orsakssamband mellan diskriminering och hälsa. Wamala och Bildt (2006: 40–41) listar fem tänkbara mekanismer för att förstå och beskriva sambandet mellan diskriminering och hälsa:

- Diskriminering orsakar skillnader i möjligheter i livet och i levnadsförhållanden, vilka orsakar ojämlikhet i socioekonomiska förhållanden.
- Diskriminering resulterar i olika bemötande som leder till olikhet i tillgång till hälsofrämjande resurser.
- Diskriminering begränsar deltagandet i samhället och minskar inflytandet.

- Erfarenheter av diskriminering kan ge upphov till både akut och kronisk stress.
- Diskriminering kan tänkas påverka hälsan genom dess effekter på levnadsvillkor, en fientlig omgivning kan påverka beteendemönster och livsstilsfaktorer genom internalisering av diskriminerande erfarenheter.

Oavsett vilket perspektiv som väljs för att förklara ohälsa, så är begreppet hälsa komplicerat. På senare tid har även begreppet arbetsförmåga lyfts in i diskussionen.

Hälsa och arbetsförmåga

Att diskutera begreppet hälsa kopplat till arbetsliv har under senare tid inte låtit sig göras utan att också lyfta in begreppet arbetsförmåga. Begreppen hälsa och arbetsförmåga kan tolkas och definieras på en mängd olika sätt. En definition av hälsa som skrevs redan år 1948 av WHO är:

Health is a state of complete physical, mental and social wellbeing and not merely the absence of illness or infirmity.

Definitionen har fått kritik för att den är ett optimalt tillstånd som få människor upplever (se t.ex. Eriksson, Thorzén & Olivestam 2004). Men definitionen har fått en viss genomslagskraft då flera forskare definierar hälsa inte bara i ett medicinskt, naturvetenskapligt perspektiv, utan också ur ett holistiskt och humanvetenskapligt perspektiv. I Nordenfelts (1991) definition av hälsa utgår han dels från ett biologiskt/statiskt perspektiv, dels från ett holistiskt perspektiv där människan ses som en handlande varelse i social relation med andra. När hälsan är god har individen tillräckliga resurser för att klara vardagliga krav och att förverkliga personliga mål.

I ett historiskt perspektiv definieras dagens sjukdomar som så kallade samsjukdomar, där "sam" står för samhälle, samvaro, samliv och samarbete. Exempel på samsjukdomar är oro, ångest, kronisk smärta, sömnsvårigheter, trötthet, depression samt svårigheter att klara av livets vardagliga händelser och psykosomatiska tillstånd. Sjukdomarna karakteriseras ofta av långvariga tillstånd som är förknippade med lidande, men är oftast inte livshotande (Währborg 2003). Vidare menar Währborg att våra biologiska system inte är rustade för de påfrestningar som har skapats i den moderna kulturen.

För att få rätt till ersättning från sjukförsäkringssystem krävs att du saknar arbetsförmåga, inte bara att du har en sjukdom. Sjukdom kan förstås leda till nedsatt arbetsförmåga och därför är begreppen sammankopplade. Begreppet arbetsförmåga har ofta ifrågasatts, då det inte (heller) har en klar definition. Vid en litteraturgenomgång (Ludvigsson Svensson & Alexandersson 2006) visas att det finns tre grunddimensioner av begreppet; en fysisk, en psykisk och en social dimension.

Ofta sammanvävs dimensionerna då de kan vara svåra att hålla isär. I varje dimension finns också resultatet av samspelet mellan individen och arbetskraven, vilket ses som individens kapacitet. Arbetskraven är skiftande mellan olika yrken och kan även variera över tid. Arbetsförmåga uppfattas därför som ett relationsbegrepp – det vill säga en relation mellan arbetets krav och individens förutsättningar.

Begreppet arbetsförmåga återaktualiserades i samband med förändringen av rehabiliteringskedjan, där bland annat individens arbetsförmåga ska provas mot hela arbetsmarknaden. År 2008 tillsatte regeringen en utredning för att analysera begreppet. Hedborg (2009) menar att arbetsförmåga är relationellt och situationsberoende. Om det går att finna en exakt kombination av uppgift och miljö som passar individen har alla människor arbetsförmåga, men sannolikheten att hitta detta kan vara större eller mindre.

Nordenfelt (2008, 2009) problematiserar begreppet arbetsförmåga ytterligare och för in ”praktisk möjlighet” till arbete, det vill säga att det saknas utrymme för individen att genomföra sitt arbete på grund av faktorer som individen inte kan råda över, som arbetsbrist, katastrofer och krig. Vidare lyfter han fram vilja och motivation, kompetens och kvalifikation som betydande faktorer. Vidare saknar Nordenfelt en dimension i konceptet arbete, där det finns en skillnad mellan att utföra ett uppdrag och att utföra uppdraget väl. Dagens slimmade organisationer ställer ofta högre krav (se t.ex. von Otter 2003), vilket för en del individer kan innebära en ökad stressnivå som kan leda till att uppdraget utförs på ett mindre tillfredsställande sätt.

Projekt som ingår i studien

Urvalet av projekten gjordes utifrån de projektansökningar som finns i ESF:s projektbank. De utvalda projekten har olika regionala förutsättningar och finns både i storstads- och glesbygdsregion och organiseras under olika projektägare. De projekt som valdes ut för studien är:

- Boost, Malmö
- Directa, Stockholm
- Kraftverket, Bjurholm
- Resurscentrum, Lycksele
- Urverket, Karlstad

Genom intervjuer med projektledare och i några fall projektmedarbetare har jag fått en bild av hur projekten upplever olika hinder för målgruppen när det gäller återgång/integration till arbetsmarknaden. Intervjuerna spelades in på band och transkriberades sedan. Beskrivningen av projektet skickades åter till informanterna, som fick läsa igenom avsnittet. Jag har även tagit del av projektansökningar samt utvärderingar.

Projektens utformning beskrivs för att förstå det sammanhang som projektet verkar i. Det blir nödvändigt att förstå sammanhanget för att kunna förklara de olika former av hinder som projekten upplever när det gäller återgång/integration i arbetslivet.

Svårigheter i kartläggningen

Att kartlägga hinder visade sig problematiskt utifrån hur projekten är uppbyggda. Inom projekten finns oftast inga avgränsningar när det gäller målgruppens ursprung eller om projektdeltagarna har en ohälsa. Hälsa kan också som tidigare nämnts definieras på olika sätt. Flera av deltagarna upplever en ohälsa, även om de inte har en sjukskrivning och/eller diagnos och ofta kopplas upplevelsen av ohälsa till en längre tids ”utanförskap” – det vill säga att ha varit utanför arbetsmarknaden en längre tid eller att aldrig ha kunnat etablera sig på den reguljära arbetsmarknaden. Flera av deltagarna har olika former av psykiska funktionshinder, beroende på följder av neuropsykiatriska diagnoser.

Det finns också hinder som presenteras i studien som inte direkt har en koppling till ohälsa, men som gör återgång/integration till arbetslivet problematiskt. Att

ha ohälsa och en annan etnicitet än svensk är dubbla diskrimineringsgrunder¹, menar dock flera av informanterna. Därför är det viktigt att hälsa är ett område som diskuteras och tas hänsyn till vid integration i arbetslivet av människor med utländsk bakgrund.

Boost, Malmö

FC Rosengårds projekt vänder sig till ungdomar i Malmö som varken arbetar eller studerar och som inte har avslutat sina grundskole- och/eller gymnasiestudier. Målgruppen består i huvudsak av invandrare. Projektägarna och även projektledaren har en flerårig erfarenhet av att arbeta med problematiken i liknande projekt² och har utvecklat en individuell och skräddarsydd modell för deltagare att komma in i arbetslivet. Många arbetssökande kan inte tillgodogöra sig utbildning, praktik och andra arbetsförberedande insatser förrän de har förberetts genom självutvecklande insatser och hälsoaktiviteter (ESF:s projektbank). Deltagarna som projektet riktar sig till är mellan 18–29 år och projektet beräknar att ta in 240 deltagare per år. Remitter till projektet är Arbetsförmedlingen och deltagande kommuner – Malmö, Burlöv och Staffanstorps. Vid mitt besök träffade jag projektledaren och biträdande projektledare samt teamledare för hälsofrämjande aktiviteter. Jag har även tagit del av utvärderingen av ett av de tidigare projekten MabiMål (Eriksson & Eriksson 2011).

Beskrivningen av Boost fortsätter med upplevelsen av ohälsa, hur det är att delta i projektet, språkkompetens och avslutas med ett avsnitt om samarbete med andra aktörer.

Ohälsa

Flertalet av deltagarna uppges ha en psykosocial problematik bakom sig, som ibland är ganska omfattande – ibland bestående av tidigare kriminalitet och drogberoende samt en i övrig social utsatthet. Några av deltagarna kommer från familjer där deras föräldrar inte har kommit in på den svenska arbetsmarknaden och de är uppväxta i en segregerad stadsdel. Flera av deltagarna uppges ha en bristande social arbetsförmåga, då de har stått utanför arbetsmarknaden en längre tid eller aldrig fått möjligheten att ha ett arbete. Att stå utanför arbetsmarknaden har i många fall skapat en dålig självkänsla och ett lågt självförtroende.

Ett fåtal uppges även ha en fysiskt nedsatt arbetsförmåga och genomgår träningsprogram från sjukgymnast. Ingen av deltagarna är dock sjukskrivna. Informanterna berättar att:

¹ Diskriminering på grund av ohälsa är dock inte en diskrimineringsgrund i lagens mening.

² MabiMatch, MabiUtveckling och MabiMål. Mabi står för Malmö Anadolu Boll och Idrottsförening – numera FC Rosengård.

Deltagarna mår dåligt för man är där man är och befunnit sig där man är, beroende på press och händelser som dyker upp i ens liv.

Problematiken för dessa ungdomar är oftast inte arbetsmarknadsrelaterad, menar projektledaren.

Bilden vi har av våra deltagare är att det är en mycket djupare problematik som finns i grunden som skapar arbetslöshet.

Projektledaren menar att den frågan bagatelliseras i diskussionen angående målgruppens arbetslöshet och att det inte är någon som vinner på det, framförallt inte de arbetslösa ungdomarna.

Att delta i Boost

När deltagarna kommer till Boost, så har de ofta haft en omfattande kontakt med Arbetsförmedlingen och/eller socialtjänsten. Projektet vill dock inte veta så mycket om deltagaren innan de startar, om det inte är något som de speciellt behöver tänka på, till exempel våldsbenägenhet. Detta gör att de själva bildar sig en uppfattning om problematiken och inte låter sig färgas av tidigare bedömningar.

Deltagandet bygger på att projektmedarbetarna hela tiden prioriterar relation framför handläggning. Respekt är ett nyckelord i bemötandet av deltagarna. Projektledaren berättar att flera av deltagarna ganska fort har lyckats att komma vidare.

Jag har träffat flera ungdomar som har varit arbetslösa helt i onödan, men som kommit vidare när de har fått lite mer stöd.

I projektbeskrivningen står att deltagarna kan behöva ett ”praktiskt handfast stöd”. Projektledaren menar att ställa upp och hjälpa en människa behöver inte innebära att de omyndigförklaras.

Ungdomarna möts av klyschor som – Du är vuxen, du får klara dig själv! – Klara sig själv eller få ett jobb? Sen hur du får jobbet det är av mindre betydelse. Är det så att jag behöver hjälpa dig på ett annat sätt är det klart att jag ska göra det om du får ett jobb. Om människan är här, så är det någonting de inte klarar själv.

De flesta av ungdomarna är inte ”mogna” för att direkt starta med en mer arbetsmarknadsinriktad åtgärd, till exempel utbildningsinsatser eller praktik. Ungdomarna har ofta vänt på dygnet och saknar rutiner för att kunna klara av ett ”mer inrutat liv”. Ungdomarna behöver först motiveras för att få rutin och struktur på vardagen samtidigt som de behöver få en känsla för personlig utveckling. Det är viktigt att få känna att de lyckas med en uppgift, säger teamledaren.

I projektet arbetar medarbetarna i *team* där alla har till uppgift att stödja ungdomarna från olika perspektiv. Förutom projektledningen finns det handledare, aktivitetsledare, lärare och en kognitiv beteendeterapeut som träffar ungdomarna. Handledaren är den som har den regelbundna kontakten med deltagaren. Teamets uppgift är dock att observera ungdomarna under de olika aktiviteterna i projekten för att få en samlad bild av ungdomens behov. Huvuduppgiften för projektet är att ”prata jobb”, men samtidigt kan man ställa andra frågor som – Hur ser det ut runt omkring dig? Att våga fråga och att våga lyssna är viktigt, då det finns många ”ledsna” ungdomar som behöver bli lyssnade till, menar projektledaren.

Friskvårdsaktiviteter är ett viktigt inslag i projektet, dels för att fysisk aktivitet är hälsofrämjande, dels för att skapa en meningsfull och innehållsrik fritid som förhoppningsvis leder till ett fortsatt intresse. Teamledaren berättar att det märks en viss utveckling i andra sammanhang på de ungdomar som deltar i de hälsofrämjande aktiviteterna. Deltagarna har själva lämnat förslag på vad de skulle vilja prova inom området och utifrån det byggs dessa aktiviteter upp. Förutom ett nära samarbete med den instruktör som håller i aktiviteten så deltar också någon från projektet för att dels kunna fånga upp deltagare som kanske mår dåligt eller inte kan delta av andra skäl. Dels för att också visa att ”vi bryr oss”.

En annan aktivitet i projektet är *workshops*. De kan till exempel innehålla vad deltagarna ska tänka på när de träffar eller ringer till en arbetsgivare. Projektet använder sig ofta av rollspel i sådana situationer. Ett annat exempel på innehållet i workshops är att prata om relationer i olika fokusgrupper eller att föra konversation på svenska. Workshops leds av projektmedarbetare eller inbjudna externa föreläsare och formas utifrån de behov som finns hos deltagarna.

När det gäller *praktikplatser* har projektet ett omfattande nätverk av privata arbetsgivare som baseras på en ömsesidig relation och tillit. Innan praktiken påbörjas så ”provas” deltagarens mognadsgrad, till exempel om de kan passa tider. Varje praktikplats utgår från en överenskommelse mellan projektet, deltagaren och företaget. I överenskommelsen definieras varför deltagaren ska ha en praktikplats och en rekrytering försiggår innan praktikplatsen tillsätts. Praktikplatsens syfte kan vara olika – provotid innan anställning, arbetsträning, utbildningspraktik eller språkträning. Tiden för praktik ska inte vara för lång om det inte finns särskilda behov och under hela praktiktiden hålls kontakt mellan företaget, deltagaren och projektet för att följa upp deltagarens utveckling och tidigt kunna hitta lösningar till eventuella problem. Projektledaren har till största delen positiva erfarenheter av de olika praktikplatserna då det sker en noggrann förberedelse innan deltagaren går ut på praktik. Vid något enstaka fall har det hänt att det inte fungerat, till exempel har deltagaren utnyttjats som ”gratis arbetskraft” och då har projektledaren avbrutit praktiken och det fortsatta samarbetet med företaget.

Det finns också möjligheter för deltagarna att delta i kortare *utbildningar* som exempelvis truckutbildning. Platser köps då hos externa aktörer. Även här provas

deltagarens mognadsgrad för att se om denne kan tillgodogöra sig en utbildningsinsats.

Vi skickar inte iväg någon till en utbildning där det kan finnas möjlighet till att misslyckas. Vi har inte råd att misslyckas med våra deltagare.

Språkkompetens

För att klara sig i arbetslivet räcker det inte med att "bara" klara av en konversation vid kaffebordet, menar projektledaren. Det handlar om att förstå det abstrakta i språket och att behärska språket. Vissa av deltagarna har svårt med svenska språket, även om de är födda i Sverige. Även om den dagliga kommunikationen i projektet inte möter några problem, kan det bli svårt att komma ut i ett arbete där man måste läsa instruktioner eller uttrycka sig skriftligen.

Projektledaren lyfter också problematiken med "Rosengårdsvenska" som är en speciell sorts "dialekt". I en konkurrenssituation om ett arbete, så kanske den som uttrycker sig på en tydlig svenska går före, även om de som talar Rosengårdsvenska inte har en sämre kunskap.

Att inte behärska språket blir missvisande för deltagarens kompetens. De kunskaper som finns kommer inte fram på samma sätt på grund av att man inte kan uttrycka sig nyanserat. Det blir svårt att hävda sig i konkurrensen med andra och visa vad man kan. Språket är därför väldigt viktigt, menar projektledaren.

Samarbete med andra aktörer

Remitter till projektet är Arbetsförmedlingen och socialtjänsten i Malmö, Burlöv och Staffanstorps kommun. Samarbetet med föreningslivet, till exempel FC Rosengård har visat sig bli den svaga länken i projektet, säger projektledaren. Deltagarna kan få praktik, vara behjälpliga vid matcher med mera och gå dit för att heja fram sitt lag. Då många av styrelsemedlemmarna i FC Rosengård är egna företagare har de hjälpt till med att ordna praktikplatser till deltagarna. Men en satsande fotbollsklubb har tyvärr inte utrymme för alla att delta i föreningen. De flesta av ungdomarna har inte heller någon erfarenhet av föreningsliv.

Projektledaren menar att handläggare hos remittenterna ofta inte har resurser för att bygga den relation som krävs för att kunna stödja de ungdomar som återfinns i projektet. Arbetsförmedlingens åtgärder är bra för många, men inte för de deltagare som finns i projektet. För att kunna ta del av Arbetsförmedlingens insatser krävs att du är självgående.

Ett problem är att remittenterna har höga förväntningar på att deltagarna ska komma ut i arbete och/eller utbildning. Startsträckan för många deltagare innan de kan ta steget ut i arbetslivet är lång och för en del räcker inte projektets resurser till. Ibland är problemen hos deltagaren övermäktiga för projektets resurser och de

tingas då återremittera deltagaren, men med ett förhoppningsvis något mer identifierat problem, säger projektledaren.

Ibland måste vi komma till den punkten när vi kan släppa deltagaren, men samtidigt lära oss något av detta.

I debatten om arbetslöshet hos målgruppen bagatelliseras ofta att det är en djupare problematik som ligger bakom, än att det bara är ett arbete som saknas. Därför är det viktigt att ha en helhetsbild av deltagarna, vilket ofta de ordinarie verksamheterna inte kan (eller vill) ha.

Vi måste se helheten för att kunna se vad det finns för hinder, då det inte bara finns hinder som är arbetsrelaterade. Ungdomarna upplever att på Arbetsförmedlingen ska man inte prata om hinder som inte har med arbete att göra.

Directa, Stockholm

Directa är ett metodutvecklingsprojekt och målgruppen är utrikes födda som saknar utbildning, längre arbetslivserfarenheter och kunskaper i svenska. Metoderna som utvecklas i Directa syftar till att öka ordinarie verksamheters förmåga att stödja målgruppen att komma in på arbetsmarknaden (Projektplan ”Directa – för integration och delaktighet”). Remitter till projektet är förutom Arbetsförmedlingen även Botkyrka, Huddinge och Södertälje kommun. Projektet beräknas omfatta 80–100 deltagare per år.

Projektägare är Arbetsförmedlingen i Huddinge. Arbetsförmedlingen såg att det fanns en stor grupp med en välkänd problematik som inte kom vidare in i arbetslivet, det skedde ingen utveckling. Gruppen bestod av utrikes födda som inte pratade svenska eller hade en mycket bristfällig svenska, ofta med en låg utbildning samt som saknade arbetslivserfarenheter från den svenska arbetsmarknaden. Samtidigt fanns det en personalstyrka hos arbetsförmedlingen som har olika språkkunskaper och erfarenheter att vara från ett annat land. Arbetsförmedlingen beslöt att använda medarbetarnas resurser för att utveckla stödet till målgruppen och ansökte om medel till två projekt; Diversa (programområde 1) som syftade till att kompetensutveckla redan anställd personal samt Directa (programområde 2) som syftade till verksamhetsutveckling tillsammans med målgruppen.

I förprojekteringen sågs att det finns diskriminerande strukturer i verksamheterna. I fokusgrupper tillsammans med målgruppen diskuterades problematiken och vilka behov som behövde tillgodoses för att komma vidare in i arbetslivet. Directa ser sig som en verktygsmakare snarare än att ett projekt som levererar aktiviteter till målgruppen. Tillsammans med målgruppen vill de skapa användningsbara verktyg.

Jag träffade projektledare och projektmedarbetare vid mitt besök. Jag har även tagit del av en utvärdering ur deltagarnas perspektiv (Janczewska 2011).

Beskrivningen av Directa fortsätter med upplevelsen av ohälsa, hur det är att delta i projektet, språkkompetens och avslutas med ett avsnitt om samarbete med andra aktörer.

Ohälsa

I målgruppen fanns inte så många som fortfarande var sjukskrivna. Flera hade tidigare varit sjukskrivna och hade haft en långvarig kontakt med läkare och/eller kurator. Deras egna upplevelser var att de inte orkade, hade ont i ryggen, koncentrationssvårigheter och/eller sömnsvårigheter.

Det finns också några deltagare som lider av posttraumatiskt stresstillstånd (PTSD) och andra trauman som inte har behandlats och som upptäcks vid djupare samtal med deltagaren. Att det inte har ”upptäckts” tidigare av handläggare inom ordinarie verksamheter eller av läkare kan bero på att de kanske inte har ställt ”rätt” frågor eller att tolk inte har använts vid samtalen. Det är ett stort problem att dessa diagnoser inte uppmärksammas och behandlas, då individen inte kan klara av de insatser som erbjuds – till exempel sfi eller praktik – på grund av bland annat koncentrationssvårigheter.

Projektmedarbetaren berättar om en kvinna som hade gått på sfi-undervisning samt haft praktik på ett bemanningsföretag. Hon upplevde att hon inte lärde sig någonting och att hon ”bara satt av tiden”. Vid samtal med kvinnan visade det sig att hon måste ta hand om sin man som är djupt traumatiserad. Även om kvinnan själv inte mådde bra, så gick mannen och barnens välbefinnande före hennes eget välmående. Vid samtal med mannen som hade haft kontakt med sjukvården, visade det sig att först nu (efter cirka fyra år i Sverige) hade han träffat en läkare (från samma ursprungsland) som frågade om krigsupplevelser och trauma och som där efter föreslog kontakt med psykolog.

Projektet lyfter fram vikten av att ha en tolk närvarande vid olika kontakter. Det måste finnas ett tillgängligt språkstöd i tillräcklig omfattning.

Så att just när det gäller hälsa och etnicitet kan man lika gärna lägga ner sina ambitioner [på att få ut människor i arbete] om man inte ser till att språkstödet fungerar. Utan kommunikation kan du inte hantera hälsa.

Att delta i Directa

Vid starten av projektet tillfrågades deltagaren om denne ville delta och själv skapa verksamheten. Det finns inga krav på att deltagaren ska vara en viss tid i projektet, utan kravet är att de ska dela med sig av sina erfarenheter.

Alla tackade ja till att delta. Många sa att – Det här fungerar inte [om tidigare insatser]! och då sa vi – Så bra, då vill vi veta mera!

Utifrån fokusgruppsamtal och individuella samtal har ett antal olika teman utlokalisierats som deltagarna vill arbeta vidare med och som de upplever hindrar dem från att komma in på arbetsmarknaden. Temana handlar om bland annat hälsa, föräldraskap och omvärldskunskap. Vid varje möte med projektmedarbetare både individuellt och i grupp används tolk. Arabiska och turkiska är det språk som talas mest, men det finns även deltagare som talar amarinja, syrianska, hindi, persiska och spanska.

I föräldraskapsgruppen diskuteras mycket om den oro och stress som upplevs kring barnens välmående. Det visar sig också att många av kvinnorna tar upp oro för mannen, men glömmar bort sig själva och att deras behov inte efterfrågas vid olika möten med ordinarie verksamheter;

Ingen verkar fråga efter kvinnans behov. Samtalen går ofta åt att prata om mannen och barnen. Sällan någon som ställer frågan – Men du då? Kvinnan kan inte göra någonting, utan mannen måste bli frisk först. Sedan kan hon fokusera på sig själv.

I projektet får kvinnorna möjlighet att utgå från sina behov, även om många av de hinder som kvinnorna upplever hänger ihop med familjens problem. Kvinnorna har även huvudansvaret för hemmet. Det är därför viktigt att ha en helhetssyn med i arbetet för att kunna stödja deltagarna till att komma ut på arbetsmarknaden.

Flertalet av deltagarna har innan Directa deltagit i flera andra projekt och insatser, men inte kommit vidare. I projektet upplever deltagarna att det är första gången någon frågar varför tidigare insatser inte fungerat och att de blir lyssnade till.

De säger att ni lyssnar på vad vi tycker och sen gör ni vad vi tycker. På socialtjänsten berättas det om lagar, normer m.m. Men man frågar inte efter hur läget är. – Hur mår du, hur sover du? Man kanske ställer frågan på slutet av samtalet, när tolken är på väg att gå.³

Ett problem är att det ofta överinformerar vid samtal. Det informeras om allt runt omkring och risken blir att frågor om individens mående glöms bort.

I temagruppen om hälsa, provas bland annat olika former av fysisk aktivitet och diskussioner om välbefinnande. En yoga grupp har bildats där både deltagare och projektmedarbetare deltar. Vid yogan ville de kvinnliga deltagarna helst ha en kvinnlig tolk, då de kände sig ”tryggare” med en kvinnlig tolk.

Många sa att det är första gången de får tid för sig själva.

³ Projektmedarbetaren har egna erfarenheter av att arbeta som socialsekreterare.

Vid de olika gruppaktiviteterna deltar projektmedarbetare som stöd samtidigt som de observerar hur deltagaren fungerar i gruppen. Om det dykt upp några problem kan projektmedarbetarna konsultera en arbetspsykolog, för att få råd hur de ska gå vidare.

Språkkompetens

Det som projektet lyfter fram som det största hindret är att språkstöd inte används eller är svårtillgängligt.

Det finns de som inte kan ett ord, det finns de som kan lite svenska och där de säger att de förstår och att det inte behövs tolk. Kanske bokas det inte tolk när personen bott i Sverige i 5–10 år för då borde de kunna svenska. Vi har sett i projektet; då vi tror att de har resurser och så förstår de ändå inte. De kan heller inte uttrycka sig så bra och då säger de ja till allting utan att förstå.

Projektmedarbetaren berättar att hon upplever att deltagarna ofta är maktlösa och att mycket av den maktlösheten beror på bristande språkkompetens. De känner sig pressade av handläggare i ordinarie verksamheter att tacka ja till insatser och göra som de blir tillsagda och gå på en mängd olika möten. Ofta vet de inte vad syftet med mötet är och vet inte vad de kan ställa för krav på handläggare, eftersom de inte förstår den information som ges. Det är många som stannar efter de olika gruppverksamheterna i projektet och vill få olika dokument förklarade för sig, trots att det tillhör den ordinarie handläggarens uppgifter att se till att deltagaren förstår.

Några av de ordinarie verksamheterna använder sig inte av språkstöd i tillräcklig omfattning, menar projektledaren.

Det är ett hinder att man underskattar vilken skillnad ett språkstöd kan ge [i de ordinarie verksamheterna], när det gäller att kunna använda olika resurser och insatser på rätt sätt. När man inte kan kommunicera står målgruppen stilla, de är inte lata eller oförmögna utan det handlar om en situation som blir snårigare och snårigare ju längre den får hålla på.

Samarbete med andra aktörer

Remittenter till projektet är Arbetsförmedlingen och socialtjänsten i Botkyrka, Huddinge och Södertälje kommun. Projektet samverkar dels med ordinarie handläggare på socialtjänsten och Arbetsförmedlingen eller med de insatser där deltagarna återfinns, till exempel kommunens arbetsmarknadsenheter och sfi. Projektet har kontakt med alla inblandade aktörer och med dem som ska ta över de verktyg som skapas i Directa. Erfarenheterna från Directa implementeras under projektti-

den. Tillsammans med Diversa projektet kompetensutvecklas handläggare i de ordinarie verksamheterna utifrån de erfarenheter som görs i Directa. Directa har workshops och analysseminarier tillsammans med ordinarie verksamheter för implementering och fortsatt verksamhetsutveckling under projekttiden.

Ibland förbises det från ordinarie verksamheter att förklara för deltagarna vad projektet syftar till, eller att höra efter om deltagaren förstår syftet (se även Janczewska 2011). I Directas fall har det inneburit att många ser projektet som en möjlighet till att direkt få ett arbete istället för att bidra till metodutveckling och skapa verktyg, som senare kan leda ut på arbetsmarknaden. Det gör att förväntningarna på att delta i projektet blir missriktade.

Kraftverket, Bjurholm

Kraftverket vill komplettera och fördjupa det stöd som samhället ger genom att erbjuda en verksamhet som tar ett helhetsgrepp om deltagarnas väg in till arbetslivet. Målgrupperna för projektet är personer med utländsk bakgrund, långtidssjuk-skrivna och arbetslösa (ESF:s projektbank). Förstudien visar att det finns en växande andel personer som har svårt att etablera sig på arbetsmarknaden samtidigt som det råder (en ökande) arbetskraftsbrist i kommunen.

Projektägare är Bjurholms kommun. Bjurholms kommun är Sveriges minsta kommun med 2 500 invånare, belägen i Norrlands inland sex mil från Umeå. I centralorten bor cirka 900 innevånare. Kommunen har en stark tradition av småföretagande inom skogs- och bruksnäring och som i de flesta andra mindre kommuner en sviktande inflyttningsstatistik samt en ökande andel äldre befolkning. Arbetslösheten är förhållandevis låg. Problemet som Bjurholms kommun står inför är en ökande arbetskraftsbrist. Det finns dock en ökande andel personer som har andra nationaliteter än svensk som etablerar sig i kommunen, både som flyktingar, men också i form av annan invandring. I Bjurholm finns det ett 40-tal olika nationaliteter.

Projektets syfte är tvåfaldigt: dels att stödja dem som har svårt att etablera sig på arbetsmarknaden, dels att på längre sikt kunna ge bygden förutsättningar för att kunna "överleva". Detta gör att förhoppningarna på projektet är stora, vilket skapar ett ökat tryck på att projektet ska ge bestående resultat. Bjurholms kommun har ingen tidigare erfarenhet av liknande projekt, utan har använt sig av kringliggande kommuners resurser för målgruppen tidigare. Verksamhetsledaren jämför projektet med tidigare erfarenheter: "Här gör det större skillnad."

Vid mitt besök i september 2011 befann sig projektet i en uppstartsfas. De lokaler som ska användas är under ombyggnad, så projektet huserar för närvarande i tillfälliga lokaler. Jag träffade verksamhetsledare och handläggare i projektet (benämns informanter i texten). Antalet deltagare var vid mitt besök åtta stycken, varav fem med annat ursprung än svenskt. Remitter till projektet är Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, flyktingenheten samt socialtjänsten.

Beskrivningen av Kraftverket fortsätter med upplevelsen av ohälsa, språkkompetens, arbetsmarknad och avslutas med ett avsnitt om samarbete med andra aktörer.

Ohälsa

Andelen med ohälsa är tydligare i den så kallade ”svenska” gruppen⁴ om vi definierar ohälsa utifrån sjukskrivning. I ”invandrargruppen” har flera en psykosocial problematik utifrån deras livssituation som flyktingar, till exempel i form av krigsupplevelser och splittrade familjer.

Det som informanterna har noterat är att invandrargruppen till största delen består av familjer med en stark vilja att etablera sig på orten. Det, anser de, beror på att flyktingarna har fått en bra ”inskolning” via flyktingmottagningen, i kombination med att det är ett litet samhälle och en liten skola, vilket gör att de snabbare har fått en trygghet och tillhörighet på orten strax efter ankomsten till kommunen. Flyktingarna har också fått mentorsfamiljer vid ankomsten, vilket också innebär integration till förenings- och samhällslivet samt ett stöd utöver det offentliga.

Att ta hänsyn till hela livet – både arbete och familjesituation – menar informanterna är hälsobefrämjande. Man måste se varje person och bekräfta denne och för informanterna är det en naturlig del i deras arbetssätt utifrån tidigare erfarenheter med liknande arbeten.

I förstudien visade det sig att det finns personer som varit sjukskrivna en längre tid på grund av psykisk ohälsa. Utifrån projektets uppbyggnad beskrivs att dessa personer ska erhålla något som de kallar ”för-rehabilitering”, det vill säga att komma tillbaka till rutiner och finnas i ett socialt sammanhang. Många har efter en längre bortavaro från arbetsmarknaden isolerat sig och beskrivs ha ett lågt självförtroende. Däremot säger informanterna att:

Vi kommer inte att mäta med tyngre fall, då det krävs större insatser än vad vi har resurser för.

Språkkompetens

När det gäller språkkunskaper har deltagarna i projektet sfi-undervisning på C- och D-nivå. Informanterna har även erfarenhet av att arbeta med personer med en sviktande språkkompetens och de upplever inte att det är några språkproblem i enskilda samtal. Däremot upplever de att det är svårare att samtala i grupp och att man då behöver anpassa sitt språk ganska mycket. Det finns möjlighet att anlita tolk, men det har inte behövts ännu.

⁴ För att särskilja de olika grupperna åt, kommer jag att använda mig av den beskrivning som informanterna använder dvs. den ”svenska” gruppen när man syftar till de personer som är födda i Sverige och ”invandrargruppen” när det gäller personer med annan ursprungsetnicitet än svensk.

Ett problem med sfi-undervisningen är att när det är så pass få deltagare så är det svårt att tillgodose olika behov när det gäller nivåerna i språket. Det blir svårt att ha enskilda klasser, vilket en av deltagarna påpekar gör att hon inte utvecklas språkmässigt, i den takt hon skulle önska. Det finns även en sfi-kurs i yrkessvenska, där flera av deltagarna i projektet deltar. Ett annat problem som informanterna lyfter upp är att avsaknaden av en språklig mångfald gör att deltagarna inte pratar svenska med varandra på raster utan använder sitt hemspråk i större utsträckning.

Det finns hela tiden en dialog mellan de som håller i sfi-undervisningen och projektet. Man "drar åt samma håll", vilket informanterna menar är något unikt och att det bara kan komma något gott ur detta samarbete. Man har samma målsättning – det vill säga att komma ut i arbetslivet så fort som möjligt. De kommer också att finnas i samma hus när ombyggnationen är klar.

Arbetsmarknad i en liten kommun

Som tidigare nämnts är Bjurholm framförallt en skogs/bruksort, där småföretagare (oftast enmansföretag) har varit dominerande. Kommunen har inga "stora" arbetsgivare. Däremot är det pendlingsavstånd till större orter, bland annat till Umeå där det finns ett större utbud på arbetsmarknaden. Kommunikationerna till områden runt om Bjurholm är förhållandevis goda. I grannkommunen kommer en ny fabrik att öppna och det finns förhoppningar bland deltagarna i projektet om att kunna få ett arbete där.

Ett annat problem för arbetsmarknaden i Bjurholm är att flera av de småföretagare som finns börjar närma sig pensionsåldern och ibland finns det ingen som kan ta över företagen efter dem. Ett drömscenario, menar informanterna, vore om deltagare från projektet kunde lotsas in i sådana företag. Det finns ett nära samarbete mellan projektet och näringslivskontoret och det är många i kommunen som skulle kunna fungera som mentorer, om det finns deltagare som vill starta eget.

Ett socialt företag finns också med i planeringen för projektet. Men det ligger ännu längre bort i tiden, menar informanterna och kräver dessutom en noggrann förberedelse. Ett socialt företag ska inte vara en "förvaring" för individen utan fylla en funktion i samhället. Att känna sig stolt över sin arbetsplats är bra för hälsan. Ett socialt företag där sysslorna är meningsfulla och fyller behov som finns på orten, samt där det finns utrymme för olika personers kreativitet är en utmaning som kräver en hel del planeringsarbete. Ett problem är huvudmannaskap och finansiering, vem ska äga projektet? Ett annat problem är att det inte får konkurrera med befintlig verksamhet på orten.

Planer finns också på att arbeta mer med uppsökande verksamhet och presentera projektet bland företagare på orten. Det behövs en del information till företagen vad det innebär att ta emot en praktikant, då det inte finns någon större erfarenhet från detta tidigare. Tanken är då att finnas med som ett stöd både till arbetsgivare och till deltagare.

Samarbete med andra aktörer

I Bjurholm är tillgängligheten till Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och sjukvården lägre än i större kommuner. Vårdcentralen i Bjurholm är inte bemanad alla dagar och det finns ingen upparbetad struktur för kontakt med dem. Kontakt kommer att tas när det finns behov av insatser från Landstinget. En representant från Arbetsförmedlingen kommer två dagar per vecka till orten och sitter i samma byggnad som projektet, medan Försäkringskassans kontor finns i Umeå. Kontakten med Försäkringskassan får skötas via telefon och det finns ingen samlad handläggning av ärenden från Bjurholm, utan varje "ärende" har olika handläggare. Dålig tillgänglighet kan bli ett hinder, menar informanterna. I och med att det är första gången som Bjurholm deltar i liknande projekt, finns heller inga upparbetade strukturer för hur kontakter ska skötas. Det är både en fördel och en nackdel, menar informanterna.

Det gäller att vänta in, att skynda långsamt och få klartecken från olika aktörer.

I styrgruppen finns Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen representerade, men då flera personer bytts ut under senare tid har det upplevts som att få "börja om från början igen". Socialförvaltningens handläggare finns i samma byggnad som projektet och därmed finns en god tillgänglighet till dessa.

Utifrån tidigare erfarenheter menar informanterna att det är viktigt med en god kontakt med myndighetshandläggare, då dennes medverkan i projektet är viktig för hur deltagaren kommer vidare. Informanterna berättar om både goda och dåliga förhållningssätt från handläggare på Arbetsförmedling och Försäkringskassa. Att deltagaren möter rätt person i rätt tid och får ett bra stöd och bemötande är avgörande för fortsättningen i projektet, säger informanterna.

Resurscentrum, Lycksele

Resurscentrum i Lycksele består av tre "delar" – Resurscentrum Rehab (rehabilitering), KommunService (sysselsättning) och Jobbcenter (utsluss). Man samarbetar även med ISA-projektet (Integration, Samverkan, Arbete) som riktar sig till utrikes födda. ISA-projektet kommer att avslutas i december 2012 och deras målgrupp kommer att ingå i övriga delar av Resurscentrum. Genom att Arbetsförmedlingen övertagit introduktion av flyktingar så kommer arbetsbelastningen inte att bli lika stor som tidigare.

Resurscentrum vill genom samarbetet effektivisera befintliga resurser och skapa nya lösningar med en eningångs-lösning (ESF:s projektbank) – det vill säga en sammanhållen bild av pågående projekt för målgruppen. Målgrupper är de som idag har svårt att komma in och etablera sig på arbetsmarknaden. Resurscentrum startade i mars 2010 och kommer att pågå fram till december 2013. Projektet har

fått en förlängning, bland annat beroende på att det tar tid att bygga upp effektivare samverkan – det vill säga att äga problemen tillsammans för att hitta den bästa lösningen för deltagaren. Projektledaren berättar att tidigare har samverkan inte fungerat så bra, eftersom det har fallerat med kontinuiteten hos de olika aktörerna och att byte av personer på de olika posterna har inneburit att de har haft mycket internt arbete.

Projektägare är arbetsmarknadsenheten i Lycksele kommun. Jag träffade projektledare för Resurscentrum och integrationssamordnare i ISA-projektet.

Remitter till projektet och medfinansiärer är Socialförvaltningen, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Landstinget och främst psykiatrin finns med som samverkansaktörer, men kan inte själva remittera deltagare direkt till projektet utan måste gå via de andra aktörerna. Detta kan vara ett hinder, menar projektledaren, som skulle vilja att Landstinget kunde direktremittera deltagare.

Beskrivningen av Resurscentrum fortsätter med upplevelsen av ohälsa, hur det är att delta i projektet, rehabilitering och stöd i hemmet, integrationsenheten, språkkompetens och avslutas med ett avsnitt om samarbete med andra aktörer.

Ohälsa

I projektet finns de som har en sjukskrivning, men det är långt ifrån bara de som har en ohälsa, menar projektledaren. Speciellt bland dem som är flyktingar, där är det sällan någon som är helt frisk, fortsätter hon. Även om flyktingarna skulle bli sjukskrivna har de ingen sjukpenninggrundande inkomst (SGI), vilket innebär att de inte får någon ersättning från Försäkringskassan. Det är också svårt att få en läkartid och därmed svårt att få ett läkarintyg. Att dessutom få ett läkarintyg som styrker sjukskrivning är nästa hinder. Projektledaren menar att det är många som har en ohälsa som inte syns i statistiken. Många upplever också en stor otrygghet på grund av sin livssituation, vilket påverkar deras psykiska hälsa.

Flyktingarna har ingen SGI, de blir därmed inte ”kunder” hos Försäkringskassan och får inte hjälp med rehabilitering från Försäkringskassan. För att erhålla försörjningsstöd hänvisas de till socialtjänsten, som inte har de verktyg som krävs för rehabilitering. De har en ohälsa och kanske också ett sjukintyg, men ses inte som sjuka. Rehabilitering är heller inte socialtjänstens uppdrag. Det blir en ond cirkel, menar projektledaren.

Det finns personer i målgruppen som gått år ut och år in på försörjningsstöd för att man är sjuk, det blir ju helt fel. Personer som säger att de inte mår bra, men utan en medicinsk bedömning är det svårt att kunna stödja dem vidare.

I projektet finns deltagare med neuropsykiatrisk problematik och man försöker så långt som möjligt att anpassa arbetsmiljön efter personens behov. De har behov av arbetsmiljöer som är avgränsade och lugna.

Vi har personer som fungerar bra någon eller några timmar i större arbetslag, men för att de ska fungera hela dagen behöver vi kunna erbjuda en lugnare miljö.

Hur detta ska kunna tillgodoses i ett ordinärt arbetsliv utanför projektet är en utmaning som projektet står inför.

Ute i arbetslivet finns inte de resurser och de möjligheter vi har här i projektet för en anpassning av arbetsmiljön.

Här ser projektledaren vikten av att finnas mycket mer ute på företagen. Detta för att arbeta mer med uppsökande verksamhet för att informera om målgruppens speciella behov, istället för att bara ha samtal på kontoret.

Vi behöver få arbetsgivaren att förstå att en person kan vara väldigt duktig och trivas bra på jobbet, men det här med att vara med på fika- och lunchraster det klarar man inte alls av.

Bland invandrarkvinnor är det vanligt med utmattningsdepression och där har vi börjat förstå att det inte bara är att arbeta med kvinnans situation, utan vi måste ta in hela nätverket, säger projektledaren. Vi måste också se hur det fungerar i hemmiljön med det obetalda arbetet och gå in och stötta även där.

Att delta i Resurscentrum

När deltagaren kommer till Resurscentrum görs en utredning, där man utgår från det friska, om individen inte har uppenbara fysiska och/eller psykosociala hinder.

Vi ska börja med att se vad personen kan göra och inte vad den inte kan göra. Det är en framgångsfaktor. När det inte fungerar får man ta tag i det då.

Deltagaren får till att börja med arbeta med uppgifter inom sysselsättningsverksamheten, till exempel med slöjd, kök eller syverksamhet. För de som har behov av ytterligare utredning av den fysiska arbetsförmågan finns det en möjlighet att gå vidare till rehabiliteringsenheten i projektet.

I projektet finns så kallade interna anställningar där Socialförvaltningen går in med motsvarande summa som försörjningsstöd och där Arbetsförmedlingen också stöttar upp ekonomiskt. Detta innebär att deltagaren får en "riktig" lön, det vill säga mer än vad enbart försörjningsstöd skulle innebära. Anställningen är under ett års tid och då har deltagaren möjlighet att gå med i facket och få rätt till a-kassa samt få en sjukpenninggrundande inkomst. För närvarande är det cirka 15 deltagare som har den här formen av anställning. Anställningarna kan handla om olika former av kommunservice. Fördelen är att deltagaren kommer in i arbetslivet och får en yrkeserfarenhet, men nackdelen är att de ofta inte kommer vidare

även om projektet arbetar intensivt för att så ska bli fallet. Ett exempel är att deltagaren kan få arbeta med bibehållen lön i ett privat företag för att öka dennes chanser till ett fortsatt arbete. Om deltagaren inte kan fortsätta sitt arbete så kommer denne att återfinnas i andra försörjningssystem, till exempel a-kassa.

Det finns också en syokonsulentfunktion kopplad till projektet, där deltagaren kan få råd och stöd för fortsatta studier. Projektet har ett bra samarbete med Lernia och folkhögskolan när det gäller utbildningsinsatser. De deltagare som är närmare arbetsmarknaden är lättare att motivera till studier.

Rehabilitering och stöd i hemmet

I Resurscentrum finns en arbetsterapeut och en sjukgymnast som arbetar med rehabilitering och undersökning av den fysiska arbetsförmågan. De är också hjälpliga i att gå igenom de problem som finns, till exempel vid en "dålig" rygg, för att se vad personen kan göra respektive inte kan göra. För många kan det hjälpa att få instruktioner om hur man lyfter rätt, samt möjlighet till anpassade arbetsställningar (till exempel genom höj- och sänkbara arbetsbord). Rehabiliteringsenheten tar också kontakt med läkare (efter samtycke från deltagaren) för att se vad som har satts in för åtgärder och vad som har provats de senaste åren för att öka arbetsförmågan.

Det finns också möjlighet att få stöd i hemmet av Socialförvaltningens stödteam, då många behöver mycket stöd i hemmet, innan de överhuvudtaget kan gå vidare. Det kan till exempel handla om stöd med ADL (allmän daglig livsföring), att komma iväg på morgonen och att få iväg barnen till dagis. Det finns ett behov av att utveckla stödteamet med någon som har mer kunskap om neuropsykiatriska problem.

Även om projektets roll är att stödja deltagaren på vägen tillbaka till arbetslivet, så ser man att det också

behövs stöd och hjälp med saker som rör det egna hemmet, för börjar man inte där så fungerar det inte. Vi ska arbeta enligt strävan mot arbetslinjen, men vi ser att behoven är så mycket mer.

Här ser man en fördel med att finnas nära Socialförvaltningens stödteam, så att man strävar mot samma mål. Det är också bra ur individsynpunkt med ett nära samarbete för att öka tryggheten, menar projektledaren. Ett sätt att knyta stödteamets arbete närmare projektet, vore att projektets arbetsterapeut följer med vid hembesöken för att tillföra dennes kompetens.

Integrationsenheten

Integrationsenheten i Lycksele kommun finns från år 2008 organiserad under arbetsmarknadsenheten som ligger under kommunstyrelsen. Detta har inneburit att det blivit tydligare fokus på arbetslinjen och synsättet att ta vara på de resurser som personerna utgjorde. Tidigare låg mottagandet av flyktingar under Socialförvaltningen och Socialnämnden.

Flytten av organisationstillhörighet gjorde det också möjligt att ”villkora” försörjningsstödet, det vill säga att kräva en motprestation genom deltagande i olika aktiviteter, till exempel sfi, data-, matlagningskurser, samhällsorientering samt praktik. Villkorandet gör att deltagarna förlorar del av försörjningsstödet om de inte deltar.

Från dag 1 så får man direkt ”svenska” rutiner; till exempel är man försenad får man avdrag.

Man har också aktivt arbetat på att både kvinnor och män ska delta i de olika aktiviteterna, till exempel om det är problem med att få förskoleplats, så ska kvinnan och mannen turas om att vara hemma med barnen. Detta gör att båda två kan börja med sfi och andra aktiviteter.

När vi hade det [introduktionen] så gjorde vi så och det har aldrig stött på några problem. Ibland kan det vara bra att inte lämna så mycket utrymme för valfrihet.

Integrationssamordnaren menar att det är bra för kvinnan att inte helt behöva förlita sig på sin man när det gäller olika former av samhällsinformation och språkfärdigheter.

Arbetsförmedlingen har från och med den 1 december 2010 tagit över introduktionen för flyktingar, medan kommunen har kvar ”bosättning”. Med det senare menas att kommunen hanterar det praktiska kring anländandet till kommunen – att ordna bostad, svenskundervisning samt samhällsinformation. När flyktingen kommer till Lycksele får denne försörjningsstöd den första månaden, då etableringsersättningen från Arbetsförmedlingen (som administreras via Försäkringskassan) betalas ut i efterskott. I praktiken har det visat sig att kommunen ofta ersätter två månader, vilket ökat deras kostnader väsentligt. Fördelen med att Arbetsförmedlingen har tagit över är att arbete är deras kompetens, medan kommunen mer kan fokusera på sin kärnverksamhet. Integrationsenheten finns med som samarbetspartner när etableringsplanen upprättas.

Nackdelen är att Arbetsförmedlingen inte haft så lång tid för förberedelser för att ta emot målgruppen och inte hunnit skaffa de verktyg som behövs. I etableringsplanen som upprättas ska det ingå sfi, samhällsorientering och andra arbetsföreberedande insatser.

I dagsläget är det enda som är upphandlat verktyget ”meritportfölj”, vilket kanske inte är det allra lättaste att hantera för en kvotflykting som inte kan läsa, skriva och som saknar arbetslivserfarenhet.

Arbetsförmedlingen får heller inte köpa tjänster från kommunen och all verksamhet måste upphandlas enligt Lagen om offentlig upphandling (LOU). Det som återstår att se är hur Arbetsförmedlingen löser problemet om en person behöver rehabilitering eller annat stöd, men för personer som står närmare arbetsmarknaden är det en bra lösning, menar integrationssamordnaren. Arbetsförmedlingen använder begreppet prestationsförmåga istället för arbetsförmåga.

Språkkompetens

Språksvårigheter är ett hinder, inte så mycket inom projektet som utanför det-samma. Inom projektet finns språkkompetens, då en anställd talar åtta språk flytande. För nyanlända behövs förstås tolk i en större utsträckning. I projektet finns ett pedagogiskt arbetssätt där man hela tiden försöker att skapa bättre förutsättningar för information.

Hur ger man instruktioner, hur lägger man upp det på ett pedagogiskt sätt, både så att man tränar svenska, men också förstår?

Till exempel så ger man instruktioner utifrån ett bildmaterial som ett pedagogiskt verktyg.

När det gäller erfarenheter från sfi finns en kritik mot hur lagstiftaren ställer krav på kommunen, vilket lämnar öppning för egen tolkning. Till exempel så sägs det att kommunen ska erbjuda *minst* femton timmar undervisning per vecka. Detta tolkas ofta som att det räcker med femton timmar, menar integrationssamordnaren. Det finns inte mycket regler heller om hur undervisningen skall se ut, vad det är man ska klara av samt utbildningsanordnarens skyldigheter vad gäller utformning, innehåll och tidsaspekt. I mindre kommuner finns heller inget stort underlag för undervisningen, vilket gör att den blir likriktad för de flesta. Integrationssamordnaren menar att;

Det kan ibland upplevas som sfi blivit en förvaringsplats i brist på annat.

Hon menar att det är förödande att upptäcka att man inte kan språket efter flera års utbildning och menar att det viktigaste för flyktingarna är att lära sig att tala språket i första hand;

Kan man inte *prata* språket, då blir det väldigt, väldigt svårt ute i arbetslivet.

Samarbete med andra aktörer

I styrgruppen för projektet finns representanter för Arbetsförmedling, Försäkringskassan och Socialförvaltningen representerade. Det finns också en viss representation från Landstinget, framförallt från psykiatrin. I samarbetet med Landstinget skulle man behöva en ökad samverkan kring de personer som har en ohälsa.

Vi har arbetsterapeut och sjukgymnast som gör bedömningar vad som skulle kunna underlätta för att få ett arbete, men det rent medicinska måste andra göra bedömningar av.

Tillgången till läkare är ett problem, då det rent generellt är svårt att få läkare till Norrlands inland, menar projektledaren.

Det har ägnats en hel del tid och kraft på att få en fungerande och aktiv samverkan genom att äga problemet tillsammans – inte att en aktör lämnar över ”problemet” till projektet och lutar sig tillbaka.

Arbetsförmedlingen har fått uppdraget att i första hand använda sig av kompletterande aktörer, till exempel coacher och personalstrateger, och det gör att det bara är målgruppen som står längst bort från arbetsmarknaden som remitteras till projektet. Projektledaren menar att:

Våra deltagare står mycket längre bort från arbetsmarknaden än vad vi trodde. De har en lägre ersättning, är mer sjuka och har mer frånvaro. Eftersom de har en så låg ersättning, skapar det problem när det gäller medfinansiering. En paradox är att de som behöver oss mest, kan vi inte ta emot för många av. Det blir väldigt konstigt.

Något som projektet kommer att prioritera efter årsskiftet är att arbeta mer ute på företagen tillsammans med deltagaren.

Vi kan inte hålla på att coacha och rehabilitera individen till en arbetsmarknad som inte tar emot dem.

De som har en ohälsa i grunden blir utsatta för dubbla diskrimineringsgrunder, menar projektledaren och integrationssamordnaren. Dels har de ofta bristande språkkompetens, låg eller ingen arbetslivserfarenhet och dels en ohälsa. Det blir då svårt att få ut deltagaren på till exempel ett nystartsjobb, även om Arbetsförmedlingen står för en stor del av ersättningen till arbetsgivaren.

Urverket, Karlstad

Urverkets modell handlar om att läsa på distans i grupp med lärarstöd i kombination med teamarbete och praktik med en coach. Metoden utgår från individens vilja och stödjer empowerment processer. Målet är att motivera mot fortsatta studier och bryta ett försörjningsstödsberoende (ESF:s projektbank). Via distanskurser

kan deltagarna läsa in kärnämnen, det vill säga svenska, engelska, samhällskunskap och matematik. Man har ett eget schema utifrån de behov man har och läser i den takt man själv väljer. För deltagare som inte har betyg från grundskolan finns möjlighet att läsa GrundVux. Målgruppen för projektet är de som står långt från arbetsmarknaden och som inte har slutfört grundskola eller gymnasium, med tonvikt på ungdomar och personer med utländsk bakgrund. Projektägare är Folkuniversitetet. Jag träffade projektledaren för projektet och har även tagit del av en utvärdering av projektet genomförd av Haglund (2011).

I Karlstad visade förstudien att det fanns ungdomar som på egen hand försökt att komplettera sina gymnasiebetyg via KomVux eller andra vuxenutbildningar, men inte lyckats. De har därmed ofta inte rätt till studiemedel via CSN och kommer inte vidare. Dessa ungdomar var beroende av försörjningsstöd för sin försörjning.

Beskrivningen av Urverket fortsätter med upplevelsen av ohälsa och funktionshinder, försörjningsstöd, hur det är att delta i projektet, resultat så här långt och avslutas med ett avsnitt om samarbete med andra aktörer.

Ohälsa – funktionshinder

Andelen deltagare som har neuropsykiatriska funktionshinder eller ångestrelaterade besvär är i genomsnitt 90 procent av deltagarna, bedömer projektledaren. Siffran är förvånansvärt hög mot vad projektet hade förväntat sig. Alla deltagare har en psykosocial problematik och ofta minst en diagnos, till exempel neuropsykiatrisk. Det kan handla om sociala fobier, aspergers, ad/hd, depression, ångest, tidigare drogproblematik, kriminalitet samt lättare utvecklingsstörning. Ingen av deltagarna är sjukskrivna med ersättning från Försäkringskassan utan alla har försörjningsstöd (tidigare socialbidrag).

Flertalet av deltagarnas ohälsa/funktionshinder får till följd att de har svårt att hantera sociala sammanhang och har svårt att arbeta i grupper tillsammans med andra. Ett hinder för dessa personer är att många studiemiljöer kräver presentationer inför andra och grupparbeten för att de ska få ut sina betyg. Flera har erfarenheter av KomVux där de upplever att förutom ovanstående prestationskrav så är studietakten för hög. Andra har erfarenhet av kurser på folkhögskola, vilka ofta kräver ett högt socialt engagemang och att du fungerar bra i sociala sammanhang.

I och med att de inte har någon sjukpenninggrundad inkomst (SGI) har de därmed inte rätt till ersättning från Försäkringskassan. De får därmed ingen form av rehabilitering, eftersom rehabilitering inte är socialtjänstens uppdrag. Vilket stöd man kan få beror mycket på vilken handläggare man har på socialtjänsten och hur väl insatt denne är insatt i problematiken.

Försörjningsstöd

Socialförvaltningen är de enda remittenterna till projektet och deltagarna behåller sitt försörjningsstöd under tiden i projektet. Att samtidigt som deltagarna studerar få behålla sitt försörjningsstöd är avgörande, men är ingen rättighet. Reglerna för försörjningsstöd tillåter inte att bidragstagaren studerar utan man måste ansöka om studielån. Deltagarna i projektet har inte möjlighet att få studielån, på grund av att man inte lyckats slutföra tidigare studier där man har haft studielån.

Med försörjningsstöd följer en ”ofrihet” som innebär en väldig begränsning av den personliga friheten, menar projektledaren. Att leva på försörjningsstöd innebär att man inte har någon ”fritid”, till exempel för att kunna gå en kvällskurs. Projektledaren berättar att en deltagare har sagt att:

Det blir moment 22 och att det ibland känns lika bra att inte gå upp ur sängen överhuvudtaget.

Att delta i Urverket

Att delta i projektet bygger på frivillighet och det krävs studiemotivation. Alla deltagare träffar projektledaren och genomför en intervju för att se vilka förutsättningar deltagaren har och vilka behov som finns. Det ska vara enkelt att komma in i projektet och våga prova på att börja studera igen. Om projektet inte passar deltagaren kan denne avbryta utan att riskera att förlora sitt försörjningsstöd. Där emot om man är inskriven i projektet och inte meddelar att man avbryter eller orsak till frånvaro innebär detta att man får avdrag i ersättningen.

Det har också hänt att deltagare efter en tid har återkommit till projektet eller efter ett avbrott har påbörjat sina studier igen. Avbrotten kan till exempel bero på rättegångar och/eller problem med att ställa in nya mediciner. Fördelen med att studera på distans är att deltagarna kan börja där de slutade.

För att öka självförtroendet och ”se att de faktiskt kan lära sig något” börjar alla deltagare med att läsa en bok som de själva får välja. För en del kan det bli den första boken de har läst från början till slut. Att få tillbaka sitt självförtroende är det första steget för att kunna gå vidare med fortsatta studier, då många deltagare bär med sig flera misslyckanden och dåliga erfarenheter från sin tidigare skoltid.

Efter en tid i projektet väljer deltagarna en mentor och det är den person som de fått mest förtroende för. Mentorns roll är att tillsammans med deltagaren skapa en individuell handlingsplan för studierna med mål och delmål – vilka ämnen behöver man läsa in, vilken modul man ska börja med och i vilken takt man vill läsa. Fler av deltagarna har långsiktiga mål, till exempel att de planerar för en högskoleutbildning. Handlingsplanen ser olika ut beroende på deltagarens förutsättningar, några vill ha en exakt planering av varje dag/timme, medan andra kan ha en något lösare struktur över sin dag.

I de kärnämnen som man valt att läsa så finns en handledare (ämneslärare) som går igenom ämnet och följer upp studierna. Deltagarna finns i lokalerna i

stort sett varje dag, även om de i första skedet inte sitter tillsammans i ett klassrum, utan kanske väljer att sitta för sig själva och arbeta med sin modul. Även om de sitter tillsammans i klassrummet arbetar de individuellt utifrån sin studieplan. De övningar de utgår från finns inspelade och går att göra om och om igen. Någon dag i veckan kan deltagarna också välja att studera hemifrån. Projektledaren menar att valfriheten är bra för de som lider av fobier, till exempel när det gäller att använda allmänna kommunikationsmedel. Modulerna skickas sedan in och examineras och betygsätts av en distanslärare som inte fysiskt träffar deltagarna utan enbart bedömer deras arbete. Att få ”riktiga betyg” är det som deltagarna framhåller är det bästa med projektet.

Betygen blir ett kvitto på att man har gjort något.

Resultat så här långt

En sidoeffekt som projektledaren inte hade räknat med var att flera av deltagarna har fått arbete på den reguljära arbetsmarknaden. Projektledaren menar att det beror på att deltagarna genom att klara av sina studier har fått ett ökat självförtroende och därmed kunnat fungera bättre i sociala sammanhang.

Man kan se hur fort det kan gå framåt om man hittar sin motivation och det börjar gå bra, så kan det gå väldigt snabbt. Efter ett halvår kan livet se väldigt annorlunda ut.

Något som också ses som en framgångsfaktor är att de betyg som deltagarna får är höga, oftast VG eller MVG. Projektledarna menar att det inte är deltagarnas studieförmåga det är ”fel” på, utan strukturen i och upplägget av tidigare studier.

Samarbete med andra aktörer

Projektledaren berättar att flera av deltagarna har dålig erfarenhet av stödet från Arbetsförmedlingen. De klassificeras utifrån sin diagnos och de upplever att de inte får samma stöd som de utan diagnos, till exempel får de inte tillgång till jobbcoach. Projektledaren menar att;

Diagnosen har ingenting med att göra hur de klarar ett arbete.

Även om arbetsförmedlaren självklart inte säger rakt ut att ”chanserna är små för dig (som har en diagnos) att få ett arbete” så är det den känslan deltagarna har efter sina besök. Projektledaren berättar vidare att det för många är ett stort steg att ta att gå till Arbetsförmedlingen och att flera av deltagarna inte ”vågar” gå dit.

De flesta av deltagarna har kontakt med sjukvården, till exempel genom psykologkontakt och att de har olika former av medicinering. I projektet kan man använda sig av Socialförvaltningens ”jour” för att få kontakt med sjukvården och det finns också en samtalsakut inom Landstinget. Problemet är, säger projektledaren,

att det tyvärr inte fungerar så bra, då det är mycket långa väntetider. Många i projektet är i behov av medicinering för att kunna fungera i vardagen, vilket kräver en bra och god kontakt med sjukvården. Det har hänt att mediciner orsakar sådana biverkningar att deltagaren inte kan fullfölja sina åtaganden i projektet. Det är långa väntetider för att få samtal med en psykolog, vilket många av deltagarna står i kö för. Vid akuta kriser som drabbar deltagarna vore det önskvärt att få en snabbare hjälp, vilket i sin tur kunde innebära att de inte behöver avbryta sina studier eller minska tiden för uppehållet i studierna.

För de deltagare som vill fortsätta sina studier vid universitetet har det tillsatts en arbetsgrupp för att se hur de kan anpassa studierna och se över vilket stöd de kan ge till deltagare med liknande problematik.

Vilka olika hinder lyfts fram i projekten?

I detta avsnitt tematiseras de olika hinder som lyfts fram i projekten och det ges exempel på hur de olika projekten har hanterat dessa hinder. Förslag ges även på olika former av lösningar.

I projekten identifieras hinder på flera nivåer; individ-, organisations- och på samhällsnivå. I många fall hänger hinder på olika nivåer samman, till exempel genom att när regler förändras på organisations- och samhällsnivå får detta konsekvenser för individen. Ofta görs inte någon konsekvensanalys på individnivå för att kartlägga hur individen drabbas av olika förändringar på samhälls- och organisationsnivå.

I den här studien ligger fokus på de hinder som ohälsa skapar för återgång/integration på arbetsmarknaden, men även andra hinder identifierades i de olika projekten.

Som tidigare nämnts definierades ohälsa på flera olika sätt i de olika projekten. Ohälsa kan handla om en på samhällsnivå delvis ”erkänd” ohälsa genom att individen är sjukskriven av läkare, men inte har ersättning från socialförsäkringssystemet. Individen kan också ha en upplevd ohälsa som inte är diagnostiserad av olika skäl. Psykosociala problem kan också skapa en upplevelse av ohälsa – att inte må psykiskt bra. Gemensamt för många deltagare är att en längre tids frånvaro från arbetsmarknaden, eller att aldrig ha haft ett arbete, har påverkat individen så att deras självförtroende är lågt. Individerna kan också ha någon form av funktionshinder, till exempel neuropsykiatriska diagnoser som främst påverkar psykisk och social arbetsförmåga.

Hinder på individnivå

De hinder som tas upp är hinder beroende på; arbetsoförmåga, hem- och familjemiljö och övrig livssituation, motivation och ”mognad”, samt stress över att hantera svenska jämställdhetsideal. Övriga hinder som inte direkt har ett samband med ohälsa är språkkompetens, arbetslivserfarenhet och utbildningsnivå.

Arbetsoförmåga

De flesta av deltagarna bedöms ha någon form av bristande fysisk, psykisk och/eller social arbetsförmåga, även om den inte är utredd. Flera kan ha äldre sjukintyg och där behövs en ytterligare utredning för att se om något har förändrats. I flertalet av fallen vet inte heller projektmedarbetarna vad för olika insatser

som har satts in tidigare eller vad som behövs för att till exempel behandla en ”dålig rygg”. I Resurscentrums rehabiliteringsteam finns arbetsterapeut och sjukgymnast som kan ta kontakt med andra vårdgivare för att få en bild av vad som gjorts tidigare. Det kan vara så att hjälpmedel, som skulle underlätta för deltagaren att komma tillbaka till arbetslivet, inte har provats ut. Det som försvårar för de andra projekten är att de inte har tillgång till rehabiliteringsteam eller att det inte finns en direktkontakt med Landstingets resurser när det gäller fysisk arbetsförmåga.

När det gäller att kartlägga och förstå psykisk arbetsförmåga så har Directa tillgång till en arbetspsykolog, medan Boost har en kognitiv beteendeterapeut anställd som projektmedarbetare. Flera av medarbetarna i projekten har också en beteendevetenskaplig utbildning. En brist som projekten lyfter fram är att det inte finns möjlighet att använda projektmedel till handledning för att stödja medarbetarnas arbete, då det ibland kan handla om ”tunga” ärenden.

I de övriga projekten hänvisas till Landstingets resurser, som i många fall har långa vårdköer till exempelvis samtal med en psykolog (jfr Urverket). En sideeffekt som kanske inte var så väntad var att i något fall där deltagaren medicinerade, kunde problem med inställning av medicin leda till att de inte kunde vara delaktiga i projektet. Trauman i form av krigsupplevelser och de spår som dessa sätter påverkar också deltagarens psykiska hälsa. De mindre orterna har inte heller tillgång till en traumaenhet. I Urverket berättar integrationssamordnaren att vid frågor om flyktingarnas psykiska hälsa, säger många att de har ”ont i hjärtat”. Psykisk ohälsa är ofta förknippad med stigma och skam (jfr Ingvarsdotter 2011), varför livskriser inte är någonting man söker medicinsk vård för. Att hitta ett bra sätt att samtala om psykisk ohälsa med målgruppen vore ett verktyg för att kunna stödja målgruppen att söka vård.

Man kan inte gå in och rota i allting och man kan verkligen inte hjälpa till med allting, men att belysa det kan göra att personen själv börjar tänka på det. (Boost)

Social arbetsförmåga kan skapas av att deltagaren under en längre tid har stått utanför arbetsmarknaden. Utanförskapet har lett till isolering, förändrade rutiner, sämre självförtroende och låg självkänsla. Vissa av deltagarna har också neuropsykiatriska diagnoser där följderna av deras funktionsnedsättning leder till en bristande social förmåga. För många deltagare är det positivt att delta i en social gemenskap, där relationer med andra, tillit och respekt för deras erfarenheter fokuseras. För de med en neuropsykiatrisk diagnos var den sociala gemenskapen ett problem och inte en lösning. I Urverket har dock ett ökande självförtroende lett till att flera av deltagarna har fått ett arbete, vilket projektledaren ser som en positiv sideeffekt av projektet, då det i första hand syftade till utbildning. Att träna på sin sociala arbetsförmåga görs till exempel i olika former av rollspel som i Boost och i olika gruppträffar (jfr Kraftverket och Directa).

Det går inte att säga vilken insats som är ”bäst” när det gäller att komma till rätta med brister i arbetsförmåga. Det beror helt och hållet på vilka problem som föreligger hos deltagaren och vilka egna resurser denne har. Bristerna i de olika nivåerna i arbetsförmågan kan också hänga samman. Om det underlättas på ett område, kan det få positiva följder i de andra. Helt klart är dock att hänsyn måste tas till alla nivåer, när det gäller en målgrupp som har någon form av ohälsa.

Samverkan med andra aktörer är också nödvändigt för att kunna stödja deltagaren i att återfå arbetsförmåga och för att få en helhetssyn på individen. Det är viktigt, eftersom projekten inte kan ha alla resurser inom projektet. Samverkan är något som till exempel Resurscentrum har arbetat hårt med för att få att fungera. I Kraftverket har bytet av samverkansaktörer fördröjt arbetet något.

Hem- och familjemiljö och övrig livssituation

Hem- och familjemiljö och deltagarens livssituation i övrigt spelar också en stor roll för ett närmande till arbetsmarknaden. De flesta kvinnorna har huvudansvar för hem och familj och höga krav från familjen kan orsaka stress. Många flyktingar kommer från splittrade familjer och oron och ångesten för familj och släktingar som finns kvar i ursprungslandet kan sätta djupa spår. För de som måste ta sig igenom en asylprocess, skapar den långa väntetiden ovisshet och orsakar stress (Folkhälsorapport 2009). Att finna sig till rätta i det svenska samhället innebär också en press på individen. På Flyktingenheten i Lycksele har man för att motverka kvinnors utanförskap satt som villkor att – om det inte finns tillgång till en förskoleplats vid ankomsten ska kvinnan och mannen dela ansvaret för att vara hemma med barnen till exempel varannan dag eller del av dag. Detta motverkar att kvinnan isoleras i hemmet och minskar beroendet till mannen, när det gäller språkkunskap och samhällsorientering. I Bjurholms kommun får varje flyktingfamilj en mentor vid ankomsten till kommunen och introduceras också i föreningslivet på orten. För de ungdomar som deltar i projekten så är flertalet uppväxta i segregerade bostadsmiljöer och de kan ha föräldrar som aldrig kommit in på den svenska arbetsmarknaden (jfr Boost).

Motivation och ”mognad”

De som har stått en längre tid utanför arbetsmarknaden är mer svårmotiverade (jfr Kraftverket). Man skulle kunna säga att de har blivit inlåsta i sin situation. De kan också ha deltagit i en mängd olika projekt som inte har lett till arbete och kan därför vara ”projekttrötta” (jfr Directa). De upplever att olika projekt inte ger någonting och förstår ofta inte syftet med projekten. Detta skapar en uppgivenhet och misströstan hos deltagaren och kan också leda till negativ stress och lägre självförtroende. För de flyktingar som anlänt på senare tid har kravet på att komma ut i arbetslivet med en gång inneburit att de är mer lättmotiverade (jfr Resurscentrum och Kraftverket). Låg motivation kan också bero på att ingen har frågat deltagaren

om vad denne tycker och har för behov. Att skapa en relation till deltagaren som bygger på en ömsesidig tillit och respekt för deltagarens förmågor är viktigt för att ringa in problematiken och öka motivationen och tilltron på att kunna få ett arbete i framtiden (jfr Directa och Boost).

Att prova om deltagaren är mogen för att prova på arbete och/eller studier är något som Boost har ägnat en hel del tid och tankekraft åt. Innan deltagaren går ut på praktik sker en rekrytering, där företagen har flera att välja på. Detta görs dels för att "utsätta" deltagaren för ett "anställningsförfarande", dels för att visa att det inte är självklart att bara "få" praktik. Praktikperioderna äger rum under en kortare tid och det finns en tät kontakt mellan projektet, deltagaren och företaget. Projektledaren menar att de inte har råd att misslyckas med praktiken, främst för deltagarens skull. Många har alltför många erfarenheter av tidigare misslyckanden, vilket leder till att självkänslan får en törn. När det gäller utbildningsinsatser görs också en noggrann förberedelse innan deltagaren kan börja.

Det anses också viktigt att deltagaren har en realistisk uppfattning om arbetsmarknaden till exempel – Är det möjligt att kunna arbeta med ett visst yrke beroende på familjesituation? En uppfattning hos många deltagare är att de menar att det inte är så viktigt att kunna svenska och att de vill ha ett yrke där bara deras kroppsarbete behövs. Problemet är att det finns få sådana yrken idag.

Stress över att hantera svenska "jämsställdhetsideal"

Detta är ett hinder som skapas utifrån normer på samhällsnivån, men vars konsekvenser till största delen hamnar på individnivån. Kvinnor har fortfarande huvudansvaret för det obetalda arbetet i hemmet och den samlade belastningen påverkar kvinnors hälsa (se t.ex. Gonäs 2005; Nordenmark 2004). Vikten av att ha "ett eget rum", det vill säga ett utrymme i kvinnornas liv som är privat är en förebyggande hälsoresurs (Forssén & Carlstedt 2006). Det egna rummet gör att kvinnorna slipper ifrån krav och andra störningar från omvärlden. I Directa projektet säger kvinnorna om sitt deltagande i yogagruppen att det är första gången de gör någonting bara för sig själva. Flera av kvinnorna berättar också om hur de sätter sin man och sina barns välbefinnande före sitt eget, enligt projektmedarbetaren.

Den svenska försörjningsmodellen bygger på att både kvinnor och män ska ha ett lönearbete och Sverige har en tillsynes generös socialförsäkring som stödjer kombinationen arbete och familj. Samtidigt ökas de sociala kraven på att kvinnor ska lyckas i alla sfärer – som arbetstagare, partner och förälder (Guest 2002). En konsekvens av de högt ställda sociala kraven är att psykisk ohälsa ökar (Johansson 2002). Många av kvinnorna i de olika projekten har ingen tidigare yrkeslivserfarenhet utan har arbetat i hemmet med barn och familj i sina ursprungsländer. För de kvinnor som har yrkeslivserfarenhet (jfr Kraftverket) går det förstås lättare att anpassa sig till den svenska arbetslinjen. Deras familjer är vana vid att kvinnorna arbetar även utanför hemmet. Ett delat ansvar för hem och familj, där kvinnan och mannen är hemma hos barnen varannan dag är ett krav från integrationsenheten i

Lycksele kommun (jfr Resurscentrum). Detta medför att kvinnans beroende av mannen minskar när det gäller tillgång till samhällsinformation och att även hennes språkkunskaper kan utvecklas. Vad som inte diskuteras så mycket är hur männen upplever eventuella rollförändringar och anpassning till det svenska jämställdhetsidealet.

I Resurscentrum har man noterat att några kvinnor som under en längre tid stått utanför arbetsmarknaden uppvisar symptom på utmattningsdepression. De har blivit isolerade i hemmet och ensamma i arbetet med att "hålla ihop" familjen. Isoleringen har inneburit en högre risk för ett utanförskap och kvinnorna har blivit helt beroende av familjemedlemmarna för att kommunicera med samhällets olika instanser.

Bristande språkkompetens, arbetslivserfarenhet och utbildning

Hinder beroende på bristande språkkompetens, arbetslivserfarenhet och utbildning är något som alla projekten tar upp. Dessa hinder är inte direkt kopplade till ohälsoproblematiken, men är ändå värda att ta upp eftersom de i kombination med ohälsa kan leda till flerfaldiga diskrimineringsgrunder.

Dagens mer slimmade arbetsmarknad kräver en ökad specialisering (jfr von Otter 2003) och många av de arbeten som tidigare inte krävde utbildning finns inte på arbetsmarknaden idag. Även om deltagaren har arbetslivserfarenhet från sitt ursprungsland, kan liknande yrke (om det finns en motsvarighet) i Sverige ställa helt andra kompetenskrav. Allt fler arbeten kräver att du kan läsa en skriftlig instruktion och att du även kan kommunicera skriftligt (jfr Resurscentrum).

Hinder på organisationsnivå

I det här avsnittet behandlas hinder beroende av; brist på helhetssyn, bristande tillgång till andra aktörers resurser samt behov av en ökad samverkan och kompetensutveckling för att komma vidare.

Brist på helhetssyn

Gemensamt för samtliga deltagare är att ordinarie verksamheters stödformer inte har fungerat. En orsak till detta kan vara att deras problem har behandlats i "stuprör", till exempel på Arbetsförmedlingen ska man inte prata om hinder som inte rör arbete. I och för sig är syftet med Arbetsförmedlingens verksamhet just att de förmedlar arbete, men ska individen komma vidare krävs i vissa fall en helhetsbild. Kan man inte se helheten kan man inte se vad som finns för hinder, menar projektledaren i Boost. För att kunna etablera en helhetssyn måste det finnas en respektfull relation att bygga på – att våga fråga och att våga lyssna. Detta kräver tid och ett flertal möten för att förstå grunden till problemet.

I samtalet med projektledaren i Directa påpekade hon att det inte är tillräckligt att se 25 procent av en människa, till exempel om de är sjukskrivna 75 procent. För att kunna stödja personen på vägen tillbaka till arbetsmarknaden måste vi ha en helhetssyn, menar projektledaren. Att helhetssynen är viktig är något som framkommer i alla projekt, men det är inte alltid möjligt, eftersom resurserna ibland är begränsade. Begränsade resurser kan handla om brist på olika kompetenser i projekten och brist på språkstöd. Att ha en helhetssyn innebär också ett samarbete med andra aktörer och ingångar till andra kompetenser. Helhetssynen omfattar också att se till hela livet – inte bara till brister i arbetssituationen. Ett exempel på ett sådant samarbete visar Resurscentrum och socialtjänstens stödteam.

En paradox som lyfts upp i flera av projekten är att helhetssynen på individen skapar ett större behov av olika kompetenser och kräver mer resurser av projekten (jfr Resurscentrum; Boost). Flera deltagare har en låg ersättningsnivå, vilket gör att deras medfinansiering i projektet inte blir så hög (se även Thörnquist 2011). De som behöver oss mest kan vi därför inte ta emot för många av, är en slutsats som en av projektledarna drar. Detta är ett exempel på ett hinder som uppstod på grund av krav från organisationsnivå, men som får stora konsekvenser på individnivå.

Bristande tillgång till andra aktörers resurser – behov av ökad samverkan och kompetensutveckling

Ett hinder är att många deltagare har en outredd och därmed obehandlad ohälsa. För att kunna konstatera arbetsförmåga måste det finnas en medicinsk utredning att utgå ifrån. Om personen har en arbetsförmåga borde vara den första frågan att besvara. Finns arbetsförmåga på både fysisk, psykisk och social nivå? Vilka resurser har tidigare satts in och vad gav de för resultat? Har individen förstått de eventuella instruktioner som getts? Vad kan individen göra själv och vad behöver denne stöd med? Har "rätt" frågor ställts till individen? Ofta handlar det om att det inte finns tillräckligt med resurser i form av tid i sjukvården och hos andra aktörer, för att kunna ställa alla frågor som krävs för att få en helhetsbild av individens hälsa.

För många handlar det också om att psykisk ohälsa till följd av livskriser inte är något som man går till sjukvården med (jfr Ingvarsdotter 2011). Psykisk ohälsa kan uppfattas som skamligt och stigmatiserande. Deltagarna i Resurscentrum talar om att de har "ont i hjärtat" när de beskriver sin psykiska hälsa. Urverket berättar om långa köer för samtal med psykolog, och bristen på psykologkontakt gör att deras målgrupp inte klarar av sina studier. Det kan också finnas brist på tillgång till mer specialiserad vård i kommunen, till exempel vid PTSD och andra trauman. Att hitta ett bra sätt att kunna samtala om psykisk hälsa är en utmaning för projektet.

För de personer som inte har sjukpenninggrundande inkomst (SGI), exempelvis flyktingar och utförsäkrade, så innebär det att de inte har tillgång till rehabili-

tering, på samma sätt som de som har sjukersättning från Försäkringskassan. Personerna hamnar då hos kommunernas försörjningsstöd som inte besitter kompetens om insatser vid olika former av rehabilitering, vilket gör att individen har svårt att komma vidare om de har ett behov av rehabilitering. I Resurscentrum har man erfarenhet av individer som gått flera år på försörjningsstöd för att de är sjuka och det blir en ond cirkel, menar projektledaren.

Ett sätt att komma åt problematiken är att bygga upp en samverkan med relevanta aktörer för att kunna stödja individen och för att kunna hitta ”speciallösningar” när det krävs. I Urverket kan man använda sig av Socialförvaltningens jour för att få en kontakt med sjukvården. I Kraftverket planeras för att ta kontakt med hälsocentralen när det blir aktuellt med en fortsatt samverkan. Urverket och Resurscentrum önskar en närmare samverkan med Landstinget och framför allt med psykiatrin, då flera av deras deltagare har psykisk ohälsa och/eller funktionsnedsättning.

Ett annat hinder som också Tema Nyanlända (2011) lyfter i sin rapport är behovet av kompetensutveckling hos ordinarie verksamheter. I Urverket är det tydligt hur målgruppen med olika sociala fobier och ångestsymptom fått rådet att komplettera sina gymnasiestudier genom att söka till KomVux eller folkhögskola. Studiemotivationen finns hos målgruppen, medan dessa studieformer kanske inte är optimala, med tanke på målgruppens problematik. Följden blir att de ofta misslyckas och avbryter sina studier, vilket innebär att deras rätt till att ta studielån försvinner. Urverket visar att målgruppen fungerar mycket bra när det gäller distansstudier som inte kräver så mycket social interaktion. Kunskapen om hur en sådan målgrupp fungerar i sociala interaktioner kanske inte finns hos ordinarie verksamheter och då behövs mer kunskap om problematiken. Kanske finns inte heller tillgång till information om hur olika studieformer fungerar, utan handläggaren ser att det finns studiemotivation och utgår från detta. Directa skapar kompetensutveckling som bygger på målgruppens erfarenheter och kunskaper. Dessa kunskaper och erfarenheter används vid kompetensutveckling av handläggare hos ordinarie verksamheter genom systerprojektet Diversa.

Hinder på samhällsnivå

I det här avsnittet behandlas hinder beroende på diskriminering, arbetsmarknadssituation och konsekvenser av regelsystem.

Diskriminering

Forskning visar att strukturell diskriminering som boendesegregation, sämre socioekonomiska förutsättningar, stigmatisering och marginalisering påverkar hälsan (se t.ex. Groglopo 2006). Men hur de strukturella diskrimineringsfaktorerna

påverkar hälsa behövs ytterligare forskning för att klarlägga. Diskrimineringsfaktorerna får också följderna på organisations- och individnivå.

I projekten konstateras att det förekommer en boendese segregation i storstäderna (Malmö och Stockholm) och att flera av deltagarnas familjer har en ojämlig socioekonomisk ställning. Sämre språkkunskaper och brist på tillgång till tolk gör att möten med till exempel sjukvården eller offentlig verksamhet inte fungerar optimalt. I Kraftverket blir flyktningfamiljerna tilldelade en mentor som lots in i samhället, vilket gör att flykten blir fortare introducerad i en ”svensk” miljö, än om denne bara har tillgång till offentlig verksamhet.

Brist på deltagande och inflytande i samhället ger en negativ effekt på hälsan (jfr Wamala & Bildt 2006). Språkkompetens och bristande kunskap om det svenska samhället på grund av en otillräcklig integration, kan vara en orsak till bristen på deltagande och därmed på inflytande. Integrationsprocessen är därför viktig även för hälsan (jfr Tema Nyanlända 2011). Ovana vid att delta i olika former av föreningsliv kan också innebära en segregation. I Bjurholms kommun ses de barn och ungdomar som är intresserade av fotboll som en tillgång och en förutsättning för att orten ska ha ett fungerande fotbollslag.

Hur flyktningar tas emot har betydelse för upplevelse av diskriminering. Är flyktningarna en förutsättning för bygdens överlevnad (jfr Kraftverket) så ökar förutsättningarna för integration.

Arbetsmarknadssituation

Ett vanligt uttryck hos målgruppen är att de kan ta vilket arbete som helst, men en alltmer slimmad arbetsmarknad på grund av lågkonjunkturer och ökande effektivitetskrav kräver alltmer specialiserade medarbetare. Outsourcing innebär också att en del arbeten flyttas utanför Sverige, där arbetskraften ofta är billigare. För de som finns kvar i arbetslivet har pressen ökat (se t.ex. Hetzler, Melén & Bjerstedt 2005). I och med att arbetslösheten har ökat, finns det också en ökad konkurrens om de lediga platserna. Den målgrupp som står långt från arbetsmarknaden hamnar oftast ännu längre bort i en lågkonjunktur. Regionala skillnader påverkar också arbetsmarknadssituationen.

För den grupp som har en ohälsa, visar forskning (Franche, Cullen, MacEachen m.fl. 2005) att anpassade arbetsuppgifter är det snabbaste och mest ekonomiska sättet att få tillbaka målgruppen till arbetslivet. Anpassning av arbetsmiljön genom olika hjälpmedel (t.ex. höj- och sänkbara bord) är ett annat sätt. Men då måste den fysiska arbetsförmågan vara utredd (jfr Resurscentrum). För dem som kräver anpassade arbetsuppgifter och en anpassad arbetsmiljö ökar kraven på arbetsgivaren ytterligare och i en konkurrenssituation kanske de förlorar. I Resurscentrum berättar projektledaren att det finns personer som kan fungera i större grupper under en kortare tid under dagen, men som sedan behöver en lugnare miljö. Skulle den personen få möjlighet till en sådan arbetsplats, så skulle denne kunna klara ett arbete.

Konsekvenser av regelsystem

Ett hinder som nämnts tidigare är att individer som inte har någon sjukpenninggrundande inkomst inte får tillgång till rehabilitering. Det har tillsatts en offentlig utredning som ska se över socialförsäkringssystemen vid sjukdom och arbetslöshet (Dir. 2010:48). En diskussionspunkt har varit om det eventuellt går att införa en lägstanivå även när det gäller sjukersättning. Som det ser ut idag sker det en fastlåsnings för individen i ”fel” socialförsäkringssystem och genom det får inte individen det stöd denne skulle behöva för att återkomma till arbetslivet.

Att integrationen är viktig för hälsan visar Tema Nyanlända (2011) i sin rapport och detta bekräftas även i de olika projekten i föreliggande studie. Arbetsförmedlingen har tagit över introduktionen från kommunerna, då fokus ska ligga på arbetslinjen för de nyanlända. Hur blir det då individen kräver rehabilitering och andra former av stöd än vad Arbetsförmedlingen kan erbjuda? Resurscentrum menar att det är bra för dem som kan gå ut i arbete att Arbetsförmedlingen sköter introduktionen, men samtidigt finns en viss oro för dem som behöver ett annat stöd. Det tar tid att bygga upp kompetens för att klara uppgiften och frågan som Resurscentrum ställer sig är om medarbetare på Arbetsförmedlingen hann med att förbereda sig innan övertagandet? På grund av upphandlingsregler hos Arbetsförmedlingen kan de inte heller använda sig av den kompetens som finns i kommunen.

Deltagare i Urverket har stött på andra hinder när det gäller regelsystemen. Eftersom deltagarna har försörjningsstöd får de inte studera med bibehållet försörjningsstöd, utan måste ta studiemedel. Målgruppen har tidigare försökt läsa in gymnasiekompetens, men inte lyckats slutföra studierna. Därmed får de inte tillgång till ytterligare studiemedel. För många var orsaken till att de inte lyckades slutföra studierna kopplade till deras problematik med att hantera sociala interaktioner – det vill säga att studiemiljön inte var lämplig. Ett annat problem som Urverkets deltagare upplever är att eftersom de har försörjningsstöd har de ingen ”fritid”, vilket innebär att de inte kan läsa till exempel en kvällskurs som de skulle kunna ha gjort om de arbetat dagtid.

Kan dessa olika hinder beroende på regelsystem och även andra hinder ses som diskriminering av dem som har en ohälsa? Ohälsa är inte en diskrimineringsfaktor enligt lagstiftningen, men att ha en ohälsa kan upplevas som diskriminering. Det är en fråga som får bollas vidare till dem som har mer kunskap i området, men vi kan dra en parallell till diskriminering på grund av funktionshinder. Arbetet mot diskriminering utifrån bland annat funktionsnedsättning och etnicitet, bedrivs av Diskrimineringsombudsmannen. På DO:s hemsida (www.do.se) står bland annat att det finns en skyldighet att anpassa arbetsliv och utbildning för dem med funktionsnedsättning, så att dessa inte diskrimineras. Det handlar om dem som redan har ett arbete eller är på anställningsintervju. Ett fall som lett till förlikning rörde en psykiskt funktionsnedsatt kvinna som för att klara sitt arbete skulle

arbete eftermiddag och kväll, men som arbetsgivaren tvingade arbeta på förmiddagen (Fall Ho 1962/2007).

Avslutande reflektioner och rekommendationer

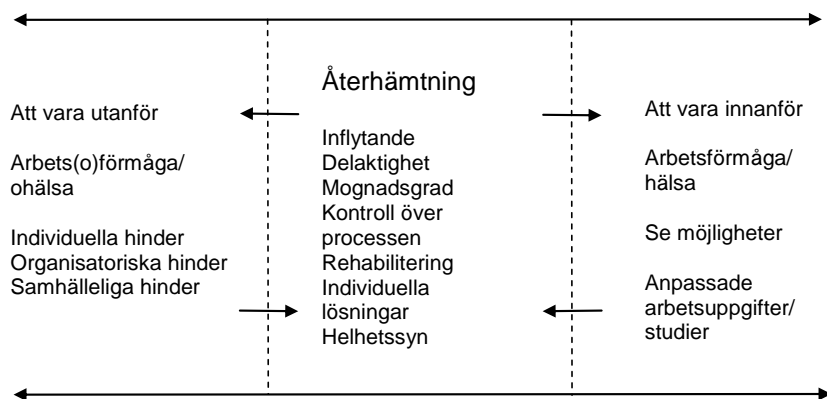
Hur förstå en komplex problematik i form av ”ohälsa”?

Utifrån resultaten från studien kan slutsatsen dras att hälsa och arbetsförmåga inte är enkla begrepp. Enligt Resurscentrum väljer arbetsförmedlingen i Lycksele att använda begreppet prestationsförmåga istället, vilket ger oss ytterligare ett begrepp.

Ohälsa och bristande arbetsförmåga kan förstås ifrån flera perspektiv enligt de olika projekten; en egenupplevd ohälsa ”att må dåligt”, sjukskrivning av läkare, funktionsnedsättning som följd av olika neuropsykiatriska diagnoser samt att ha en omfattande psykosocial problematik. Gemensamt är dock att deltagarnas problematik bidrar till en låg självkänsla och ett sämre självförtroende när det gäller tilltron till att komma in på arbetsmarknaden. Det som också är gemensamt för samtliga deltagare är att samhällets insatser från ordinarie verksamheter inte räcker till eller inte är tillgängliga för målgrupperna. Bristen på tillgänglighet kan bland annat bero på att deltagarna inte finns inom de socialförsäkringssystem som tillhandhåller möjlighet till rehabilitering.

Hur ska vi förstå och förklara vägen tillbaka/integration till arbetslivet när problematiken ser så olika ut? En modell med arbetslivsinriktad rehabilitering är inte tillräckligt för att omfatta en helhetssyn på den djupare problematik som målgruppen omspannar. Rehabiliteringsprocessen inriktar sig på bristande funktioner medan återhämtningsprocessen syftar till hela människan i sin kontext (Topor 2004). Begreppet återhämtning har främst använts inom psykiatrisk eller psykosocial rehabilitering för att beskriva processen (Lundberg & Rosenberg 2010). En ofta använd definition är:

Återhämtning beskrivs som en djupt personlig, unik process av att ändra sina attityder, värderingar, känslor, mål, förmågor eller roller. Det är ett sätt att leva ett tillfredsställande, hoppfullt och bidragande liv även med de begränsningar som orsakats av sjukdom. Återhämtningen involverar utvecklandet av en ny mening när man växer bortom det psykiska lidandets katastrof. (Anthony m.fl. 2001 i Lundberg & Rosenberg 2010: 6)



Figur 1 Analysmodell – återinträde/integration på arbetsmarknaden⁵.

Även om återhämtningsbegreppet främst används inom psykiatrisk rehabilitering kan paralleller dras till även annan problematik för dem som under en längre tid stått utanför arbetsmarknaden. Pilarna i modellen visar på att det är en skör gränslinje mellan att stå ”utanför” eller befinna sig ”innanför” på arbetsmarknaden och att stödet i återhämtningsprocessen måste bygga på en relation och kännedom om individens grundläggande problem, möjligheter och behov. Stödet behöver också fortgå under en längre tid för att öka möjligheterna till ett hållbart arbetsliv för individen.

Modellen kan ses som ett stöd för att kunna förstå och diskutera den komplexa problematik som flera av deltagarna i de olika projekten har. Enbart arbetslivsinriktad rehabilitering innefattar inte denna komplexa problematik. Vad innehåller då en återhämtningsprocess?

Återhämtningsprocess

Några grundläggande värderingar i återhämtningsprocessen listas nedan: (Farkas, Anthony & Chamberlin 2005: 145; Lundberg & Rosenberg, 2010: 6).

⁵ Modellen är omarbetad men baseras på Lundberg & Rosenbergs modell (2010)

- Processen är *individinriktad* – det vill säga verksamhetens förmåga att se individens förmågor och begränsningar bakom diagnosen eller symtomen.
- Återhämtningen ska bygga på *delaktighet* – det vill säga individen ska vara delaktig i alla delar av rehabiliteringen; i planering, genomförande och utvärdering.
- *Självstyre/valfrihet* – Hur beaktar verksamheten individens rätt att välja och bestämma hur stödet ska ges, det när stöd behövs, hur stödet ges och på vilket sätt stödet utformas?
- *Utvecklingspotential* – Hur används en individs styrkor och förmågor för att utveckla dessa vidare?

En individinriktad återhämtningsprocess där individen är delaktig och har inflytande och där individens utvecklingspotential tas tillvara skapar en helhetssyn på individen; det vill säga att inte bara fokusera på problem och möjligheter när det gäller enbart arbetslivsinriktade insatser. Helhetssynen innebär också att se hur det ”övriga” livet fungerar för individen, vilket också innefattas i återhämtningsprocessen. Helhetssynen innebär också att fokusera på att hinder inte bara ligger på individnivå, utan även på organisations- och samhällsnivå och att förändringar på en nivå skapar konsekvenser på en annan nivå. En helhetssyn är nödvändig för att skapa ett hållbart arbetsliv, att inte bara hitta en lösning för stunden eller att se till att individen hamnar i ett annat socialförsäkringssystem. Återhämtningsprocessen kan vara ett sätt att beskriva en helhetssyn.

Resultaten från den här studien visar att deltagarna bemöts individuellt, till exempel genom att ha individuella handlingsplaner och individuella stödsamtal. Projektmedarbetare frågar efter deltagarnas upplevelser av tidigare insatser och lyssnar på vad de svarar och försöker i möjligaste mån tillgodose individuella behov. Alla projekten betonar att det är viktigt att skapa en relation tillsammans med deltagaren för att kunna komma åt grundproblematiken. En relation behöver tid för att växa fram och därför är tidsaspekten viktig för målgruppen. Behövs ett mer praktiskt handfast stöd, så får deltagaren hjälp med detta (jfr Boost).

Tydligt är också att projekten har en helhetssyn på deltagarna – det vill säga att problematiken är djupare än att inte kunna få ett arbete eller starta en utbildning. De ordinarie verksamheternas insatser är därför inte tillräckliga var för sig för dessa målgrupper, då de oftast är inriktade på att antingen stödja vägen till ett lönearbete eller stöd i hemmet och familjen och under ett ibland pressat tidsutrymme.

Helhetssynen omfattar i de flesta fall att stöd krävs även i det obetalda arbetet, det vill säga med hem och familj förutom arbetslivsinriktade insatser. Det blir tydligt i samarbetet mellan Resurscentrum och socialtjänstens stödteam. I Resurscentrum finns också möjlighet till att få stöd och hjälp av ett rehabiliteringsteam när det gäller den fysiska arbetsförmågan. Paradoxen för alla projekten är att det inte finns utrymme att stödja och hjälpa alltför många deltagare utifrån ett hel-

hetsperspektiv, då resurserna och ibland verktygen för vad man kan åstadkomma i projekten är begränsade.

Deltagarna är delaktiga i sin egen återhämtningsprocess och i Directa har de ett direkt inflytande på de verktyg som utformas i projektet. Deltagarna i Directa skapar ett lärande som syftar till implementering och förbättring av hur problematiken kan åtgärdas.

För flera av deltagarna kan deltagandet i olika projekt vara villkorat. De behöver delta i projekten för att få behålla sin ersättning. Självstyre och valfrihet blir i det hänseendet något begränsat. I Urverket lyfter man fram att deltagandet är frivilligt och att det inte händer något med deltagarens ersättning om de avböjer att vara med. Däremot om de avviker från bestämd tid utan att ha ett giltigt skäl, så kan de få ett avdrag i sitt försörjningsstöd. I Directa medverkar deltagarna till att utveckla metodologiska verktyg och även här är deltagandet frivilligt. Valfriheten blir dock större i projekten då deltagarna har inflytande på de aktiviteter som projekten erbjuder och de kan själva lämna förslag på aktiviteter.

Att ta till vara på deltagarens utvecklingspotential görs till exempelvis i Resurscentrum då ansvariga redan från början fokuserar på deltagarens möjligheter istället för problem. I Boost är man noga med att se till deltagarens ”mognad” innan de kan prova på praktik eller utbildning. I och med att mycket av arbetet i de olika projekten bygger på en relation med deltagaren, så får denne ett mer personligt bemötande och bemöts utifrån var hon eller han befinner sig. Det gör det också möjligt att se till den enskilda individens utvecklingspotential, vilket är en förutsättning för att lyckas med att stödja deltagaren i återgången till arbetslivet.

Rekommendationer

Utifrån resultaten från studien och tidigare gjorda erfarenheter ges följande rekommendationer:

- 1. En utredning av hälsa, arbetsförmåga och eventuella funktionshinder måste genomföras och om det finns en tidigare genomförd utredning bör den utvärderas.*

För att överhuvudtaget kunna börja ett arbete som syftar till återgång/integration till arbetslivet tillsammans med deltagaren, bör en grundläggande utredning av deltagarens upplevelse av ohälsa kopplad till en helhetssyn genomföras. Utredningar av arbetsförmåga syftar i allmänhet till förmåga kopplad till arbetslivet, vilket inte är tillräckligt för de målgrupper som finns i projekten. Det behövs också kunskap om hur eventuella funktionsnedsättningar påverkar individens arbetsförmåga. Det är inte möjligt att projekten själva kan genomföra det, med de resurser de besitter idag, utan här behövs en samverkan med andra aktörer. Vad har gjorts tidigare och vad blev resultatet? Har ”rätt” frågor ställts, till exempel för att

diagnostisera trauman? Används språkstöd vid utredning av ohälsa och när det gäller att kommunicera utredningen vidare?

I flera fall visar det sig att det inte finns någon form av utredning av den ohälsa deltagaren upplever.

2. En helhetssyn ska prioriteras om deltagaren har behov av detta för att komma vidare.

I de projekt som ingår i studien finns ambitionen att ha en helhetssyn på deltagaren. Det innebär att det behöver finnas tillgång till flera olika sorters kompetens hos medarbetare och ibland samverkan med andra aktörer för att kunna skapa en helhetssyn. En klok slutsats som projektledaren i Boost drog var att det inte går att hjälpa till med allt i projektet, men frågan kan väckas och förhoppning om att individen själv kan söka sig vidare. För att kunna komma till rätta med deltagarnas problematik och kunna ge rätt stöd, krävs ett individuellt bemötande. Det går inte att skapa en mall som ska gälla för alla deltagare, utan det krävs att möta varje individ utifrån var denne befinner sig. Det stöd som planeras måste alltid utgå från individens behov.

Ett kontaktnät med andra aktörer kan vara ett sätt för att lotsa individen vidare i frågor som inte kan hanteras i projekten. Ibland kan det också räcka med att individen lyckats med till exempel att studera och få betyg i ett ämne (jfr Urverket) – att det ökade självförtroendet detta ger kan leda vidare. För en del deltagare kan det räcka med att åter komma i en social gemenskap efter en längre tids bortavaro från arbetsmarknaden för att skapa meningsfullhet och som kan göra att individen kan ta steget vidare. Men för andra behövs ett mer omfattande stöd inte bara med arbetslivsinriktade insatser utan även stöd i hem- och familjemiljön.

3. Målsättningen på lång sikt måste vara ett hållbart arbetsliv – inte bara ett "lyckat" projektresultat

För flera av de individer som stått utanför arbetsmarknaden en längre tid, kommer inte enbart ett lyckat projektresultat att räcka – lyckat i den meningen att deltagaren kommit vidare ut på praktik eller i studier. Det bör finnas en återkommande uppföljning av deltagaren under en längre tid om deltagaren har behov av detta. Gränsen mellan att befinna sig i återhämtningsprocessen (se figur 1) och att vara "innanför" kan i många fall vara tunn och omständigheter i individens liv kan påverka att gränsen överträds. Att individen enbart flyttas till ett annat socialförsäkringssystem är inte ett lyckat resultat, även om de individuella villkoren kan bli bättre.

Har individer med nedsatt arbetsförmåga provat olika hjälpmedel som kan underlätta dennes arbetsuppgifter? Går det att anpassa arbetsmiljön ute på arbetsplatserna? Har arbetsgivare kunskap om olika funktionsnedsättningar och vilket stöd kan arbetsgivare behöva i detta?

Metoden Supported Employment (SE) används främst riktat till personer med funktionsnedsättning. Utgångspunkter för insatserna är att personen ska få stöd och vägledning för att kunna få och behålla ett arbete på den öppna arbetsmarknaden. Stödet fortsätter så länge individen behöver det. Ett liknande arbetssätt men med ett stöd också när det gäller språkutveckling skulle kunna vara ett sätt att stödja målgruppen ut i ett arbete.

I inledningen av rapporten beskrevs en tidigare studie där långtidssjukskrivna kvinnor följdes på vägen tillbaka till arbetslivet (Andersson, Heed & Larsson 2007; Larsson 2007). Studien bedrivs i ett ESF-finansierat projekt inom Equal programmet 2002–2005. Kvinnorna hade själva lokaliserat 38 olika hinder som fördröjde eller stoppade deras väg tillbaka till arbetslivet. Målgruppen i projektet var av svenskt ursprung, de flesta hade en arbetsgivare som stod för deras rehabilitering och samtliga hade en utmattningsdepression. De likheter som finns är att helhetssynen saknades hos ordinarie rehabiliteringsaktörer – det vill säga att ta hänsyn till både arbets- och familjesituation. Det fanns ingen rehabiliteringsaktör som såg till helheten och för dessa kvinnor med deras problematik var det avgörande för att kunna återvända till ett hållbart arbetsliv. Det krävdes även ett individuellt bemötande och att individuella vägar skapades för återgång. Detta kräver tid och även andra resurser och bygger på att en ömsesidig relation kan upprättas mellan rehabiliteringsaktörer, arbetsgivare och deltagare.

Jag ser även att diskussionen om hur vi kan skapa ett hållbart arbetsliv för målgrupper med någon form av ohälsa, bör sättas högre upp på den politiska agendan. Första steget för målgruppen i den här studien är förstås att överhuvudtaget komma in på arbetsmarknaden. För kvinnorna i den tidigare studien behövdes ett fortsatt stöd, även när de var tillbaka på arbetsmarknaden. Flera arbetade/arbetstränade ett kortare tag och blev sedan sjuka igen. För de kvinnor som arbetade till exempel deltid och var sjukskrivna resten av tiden ”glömdes” fortsatta stödsamtal från Försäkringskassan och arbetsgivare bort. Kvinnorna var själva tvungna att ta initiativ till fortsatt rehabilitering.

Andra hinder var till exempel bristen på kommunikation mellan företrädare för olika regelsystem och därför är samverkan viktigt. Avsaknaden av konsekvensanalys vid regeländringar och förändringar i rehabilitering var liknande även under den förra studien.

Det ”stuprörstänkande” som finns i samhällets välfärdsstrukturer fungerar så länge individens problem inte är komplexa. För målgrupper som stått stilla utanför arbetsmarknaden under en längre period och som är i behov av en helhetssyn krävs att våga tänka om oavsett etnisk bakgrund.

Referenser

- Andersson A, Heed V & A-C Larsson (red.) (2007) *Varför frågar ingen oss? Om långtidssjukskrivning och vägen tillbaka till (arbets)livet*. Stockholm: Santérus förlag.
- Eriksson B & J Eriksson (2011) *Utvärdering av projektet MabiMål. Slutrapport 2011-02-22*. (Förmedlad av projektledare, Boost).
- Eriksson M, Thorzén D & C E Olivestam (2004) *Att läkas i livet och arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur.
- Farkas M, Gagne C, Anthony W & J Chamberlin (2005) Implementing Recovery Oriented Evidence Based Programs: Identifying the Critical Dimensions. *Community Mental Health Journal*, 41(2): 141–158.
- Folkhälsorapport 2009 (2009) Rapport 2009-126-71. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Forssén A & G Carlstedt (2006) “It’s heavenly to be alone!” A room of one’s own as a health promoting resource for women. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34: 175–181.
- Franché R, Cullen K, Clark J, MacEachen E m.fl. (2005) Workplace-Based Return-to-Work Interventions. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4) 607–631.
- Frykman J (2006) *Diskriminering – ett hot mot folkhälsa*. Slutrapport från projektet Diskriminering och hälsa. www.do.se.
- Gonäs L (red.) (2005) *På gränsen till genombrott? Om det könsuppdelade arbetslivet*. Stockholm: Agora.
- Groglopo A (2006) Hälsa, vård och strukturell diskriminering. I: Groglopo A & B M Ahlberg (red.) *Hälsa, vård och strukturell diskriminering*. SOU 2006:78. Utredningen om makt, integration och strukturell diskriminering. Stockholm: Fritzes.
- Guest D (2002) Perspectives on the study of work-life balance. *Social Science Information*, 41(2): 255–279.
- Haglund L (2011) *Följeutvärdering av Urverket. Årsrapport 1*. (Förmedlad av projektledare, Urverket).
- Hedborg A (2009) *Gränslandet mellan sjukdom och arbete*. SOU 2009:89. Slutbetänkande av Arbetsförmågeutredningen. Stockholm: Fritzes.

- Hetzler A, Melén D & D Bjerstedt (2005) *Sjuk-Sverige. Försäkringskassan, rehabilitering och utslagning från arbetsmarknaden*. Stockholm: Symposium.
- Hjern A, Angel B & O Jeppson (1998) Political violence, family stress and mental health of refugee children in exile. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 26(1): 18–25.
- Ingvarsdotter K (2011) *Mental ill health and diversity*. Avhandling. Malmö: Malmö universitet
- Janczewska E G (2011) *"Det är vårt sista hopp att få arbete" – en utvärdering av Directaprojektet ur deltagarnas perspektiv*. Projektarbete. Södertörns högskola.
- Johansson G (2002) Arbete, familj och flexibilitet. I: *Hela folket i arbete? Arbetslivsforum 2002 – en mötesplats för forskare och praktiker*. Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap.
- Larsson A-C (2007) *Empowermentprocesser – ett sätt att öka långtidssjukskrivna kvinnors resurser?* Avhandling. IBL. Linköping: Linköpings universitet.
- Ludvigson M, Svensson T & K Alexandersson (2006) *Begreppet arbetsförmåga – en litteraturgenomgång*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Lundberg H & D Rosenberg (2010) *Ett liv, en plan. Rehabiliteringsinriktad planering med individen i centrum*. Rapport 2010:4. FoU Västernorrland. Kommunförbundet Västernorrland.
- Nordenfelt L (1991) *Hälsa och värde: studier i sjukvårdens teori och etik*. Stockholm: Thales.
- Nordenfelt L (2008) *The Concept of Work Ability*. Peter Lang Pub Inc.
- Nordenfelt L (2009) Begreppet arbetsförmåga. *Socialmedicinsk tidskrift*, 86(3): 220–228.
- Nordenmark M (2004) Balancing work and family demands. Do increasing demands increase strain? A longitudinal study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(6) 450–455.
- Olli Segendorf Å (2005) *Job Search Strategies and Wage Effects for Immigrants*. Avhandling. SOFI. Stockholms universitet.
- von Otter C (2003/1987) Inte bara vinster – Nya lednings- och styrsystem i offentlig sektor. I Sandberg Å (red.) *Ledning för alla? Perspektivbrytningar i arbetsliv och företagsledning*. Stockholm: SNS. 4:e upplagan.
- SCB (2009) *Integration – utrikes födda på arbetsmarknaden*. Intergration: Rapport 2. Stockholm: Statistiska Centralbyrån.
- Tema Nyanlända (2011) *Utan hälsa ingen etablering – hälsans roll i flyktmottagandet*. Temarapport hälsa. www.lansstyrelsen.se/stockholm

Thörnquist A (2011) *I utkanten av arbetsmarknaden. ESF-projekt i ett arbetsmarknads- och arbetsmiljöperspektiv...* TIA-rapport 2011:3. REMESO. Norrköping: Linköpings universitet.

Topor A (2004) *Vad hjälper? Vägar till återhämtning från våra psykiska problem.* Stockholm: Natur och Kultur.

Wamala S & C Bildt (2006) Svenska empiriska studier av sambandet mellan diskriminering och psykisk och fysisk ohälsa bland utlandsfödda. I: Groglopo A & B M Ahlberg (red.) *Hälsa, vård och strukturell diskriminering*. SOU 2006:78. Utredningen om makt, integration och strukturell diskriminering. Stockholm: Fritzes.

Währborg P (2003) *Stress och den nya ohälsan*. Stockholm: Natur och Kultur.

Andra källor

Direktiv 2010:48 Hållbara försäkringar vid sjukdom och arbetslöshet.

<http://www.regeringen.se/content/1/c6/14/48/86/c7db335b.pdf>

ESF:s projektbank. <http://www.esf.se/sv/Projektbank/Sok-projekt/>

Material hämtat 2011-06-27

Fall Ho 1962/2007

<http://www.do.se/sv/Om-DO/Stamningar-och-forlikningar/Forlikning-gym-i-Boras/>

Projektplan Directa – för integration och delaktighet. Daterad 2010-12-17.

(Förmedlad av projektledare)

Utgivna rapporter i REMESO:s vetenskapliga skriftserie Temagruppen integration i arbetslivet (TIA)

- 2010:1 Bortom Lissabonstrategin
– Om projektarbetares erfarenheter av inkluderingsarbete
ÅSA-KARIN ENGSTRAND, JOSEFIN ANDERSSON & VIKTOR VESTERBERG
- 2010:2 Arbetsmarknadsprojekt som kooperativ
– Erfarenheter från fyra ESF-projekt med ett kooperativt arbetssätt
JOSEFIN ANDERSSON
- 2011:1 (O)likheter och egen makt
– Om ett socialfondsprojekt för ökat arbetskraftsutbud
VIKTOR VESTERBERG
- 2011:2 Att få dom att förändras
– Jobbcoaching för arbetslösa i socialfondsprojekt
ÅSA-KARIN ENGSTRAND & VIKTOR VESTERBERG
- 2011:3 I utkanten av arbetets marknad
– ESF-projekt i ett arbets- och arbetsmiljöperspektiv
ANNETTE THÖRNQUIST
- 2011:4 Moderna svenska individer
– Lösningar och problembilder i beskrivningar av ESF-projekt
CECILIA ÅSE
- 2011:5 Allt ska ju ut på praktik
– Möjligheter, begränsningar och problem med praktik
i arbetslivet som medel för integration
VIKTOR VESTERBERG
- 2011:6 Arbete och integration
– Socialfondsprojekt ritade till somalier och romer
ANNETTE THÖRNQUIST
- 2011:7 Lärande för integration – med eller utan delaktighet och dialog?
– Om organisering av lärandeaktiviteter i ESF-finansierade projekt
FREDRIK HERTZBERG & ALI OSMAN
- 2011:8 Ohälsan tiger inte still
– En kartläggning av hinder för integration i arbetslivet
ANN-CHRISTINE LARSON

Rapporten handlar om vilka hinder kopplat till ohälsa som fem projekt inom ESF:s programområde 2 – Ökat arbetskraftsutbud – upplever när det gäller återgång/integration till arbetslivet. Hinder kan finnas på individ-, organisations- och samhällsnivå.

Ohälsa kan handla om en på samhällsnivå "erkänd" ohälsa genom att individen är sjuk-skriven och har ersättning från socialförsäkringssystemet. En annan variant är att deltagaren är sjukskriven av läkare, men inte har ersättning från socialförsäkringssystemet. Individen kan också ha en upplevd ohälsa som inte är diagnostiserad av olika skäl. Psykosociala problem kan också skapa en känsla av ohälsa – att inte må psykiskt bra. Gemensamt för många deltagare är att en längre tids frånvaro från arbetsmarknaden, eller att aldrig ha haft ett arbete, har påverkat individen och att deras självförtroende är lågt. Individerna kan också ha någon form av funktionshinder, till exempel neuropsykiat-riska diagnoser som främst påverkar psykisk och social arbetsförmåga.

Det som också är gemensamt för samtliga deltagare är att samhällets insatser från ordinarie verksamheter inte räcker till eller inte är tillgängliga för målgrupperna. Resultaten från studien visar på vikten av en grundläggande utredning när det gäller hälsa och arbetsförmåga och som kopplas till en helhetssyn på individen. Helhetssynen omfattar inte bara arbetsförmåga kopplat till arbetslivet, utan även en koppling till hur livet utanför arbetet fungerar för flertalet av deltagarna. Att använda sig av språkstöd i en större omfattning är också av vikt. För att åstadkomma ett hållbart arbetsliv bör det även finnas en återkommande uppföljning av deltagaren även efter projektet, om deltagaren har behov av detta. Gränsen mellan att vara "innanför" och att stå "utanför" arbetsmarknaden är för många tunn.

Ann-Christine Larsson är fil dr i sociologi med inriktning mot arbete och arbetsliv. Hennes avhandlingsarbete – *Empowermentprocesser – ett sätt att öka långtidssjukskrivna kvinnors resurser?* (2007) handlade om långtidssjukskrivna kvinnors väg tillbaka till arbetslivet. Projektet återfanns inom Europeiska Socialfondens Equal-program. Ann-Christine har även medverkat i antologierna *Action Research and Interactive Research* (2007), *Partnership* (2008), *Lag om valfrihetssystem* (2011). Hon arbetar sedan 2008 som forsknings- och utvecklingsledare inom äldreområdet på Fokus Kalmar län. Den här rapporten är skriven inom ramen för TIA-gruppen vid ISV, REMESO, Linköpings universitet.



arbete och nya möjligheter
för alla

TIA
TEMAGRUPPEN
INTEGRATION I
ARBETSLIVET