

Rapport

Kartläggningsprojektet Araby
Försäkringskassan och Växjö kommun

Finansiering – Växjö samordningsförbund

**Projektledare och författare Karolina Rydh Försäkringskassan
2011-08-01**

Innehållsförteckning

<i>Inledning</i>	3
<i>Bakgrund</i>	4
<i>Urban utvecklingspolitik & Utanförskap</i>	4
<i>Effekter på hälsan</i>	5
<i>Urban utvecklingspolitik i Växjö kommun</i>	5
<i>Araby</i>	6
<i>Urbant utvecklingsarbete i Araby</i>	6
<i>Syfte</i>	8
<i>Avgränsningar</i>	8
<i>Begreppsförklaringar</i>	8
<i>Metod</i>	9
<i>Resultat</i>	10
Diskussion	17
<i>Metoddiskussion</i>	
<i>Resultatdiskussion</i>	18
<i>Förslag till vidare studier och rehabiliteringsåtgärder</i>	19
<i>Avslutande ord</i>	20
<i>Referenser</i>	21
<i>Bilaga</i> – enkät till socialsekreterare Arbete och Velfärd, Växjö kommun	23

Inledning

En överenskommelse tecknades 2008 mellan Försäkringskassan och Växjö kommun om samverkan avseende stadsdelen Araby för att nå mål för den urbana utvecklingspolitiken samt de lokala målen, med utgångspunkt från de förutsättningar som finns i den av kommunen upprättade strategiska stadsplanen.

I överenskommelsen planerades bland annat åtgärder mellan Växjö kommun och Försäkringskassan att:

- Utveckla samverkansformerna och samordningsinsatserna. Prioritera unga under 30 år med psykisk ohälsa.
- Samverka kring insatser för sjukskrivna individer som inte har någon sjukpenninggrundande inkomst utan har försörjningsstöd.
- Ohälsotalet per 1000 invånare för sjuk- och aktivitetsersättning ska följas upp inom stadsdelen Araby.

Försäkringskassans samverkansansvarig ingår i arbetsgruppen Araby som leds av kommun och verkar för att samarbete ska utformas.

Under vinter 2010 påbörjade Försäkringskassans samverkansansvarig Anna-Greta Menne en diskussion med Anna Karlsson vid Växjö kommun Ledningskontoret och Gunilla Folkesson enhetschef för Arbete och Velfärd Växjö kommun angående hur en analys skulle utformas. Analysen skulle se över vilka behov som målgruppen i överenskommelsen kan ha. Diskussion utmynnade till en gemensam projektbeskrivning för kartläggning och analys. Projektet förankrades i lokala samverkansgruppen i Växjö Samordningsförbund, arbetsgrupp Araby och finansiella medel beviljades av Växjö Samordningsförbund. Ansvarig projektledare utsågs till Karolina Rydh, Försäkringskassan.

En arbetsgrupp bestående av Gunilla Folkesson, enhetschef Arbete och Velfärd, Birgitta Andersson utvecklingschef vid utvecklingsenheten Växjö kommun samt Anna-Greta Menne, samverkansansvarig Försäkringskassan har följt kartlägningsprojektet. Docent Birgitta Grahn, Forskning och Utveckling Kronoberg har väglett och gett råd under processens gång.

Bakgrund

För att få en förklaring till hur Araby-projektet har vuxit fram ges en bakgrund till den urbana utvecklingspolitiken samt vilka effekter som utanförskapet kan ha på hälsan. Därefter följer en beskrivning över med den urbana utvecklingspolitiken i Växjö kommun, en beskrivning av Araby samt hur det urbana utvecklingsarbetet har sett ut hittills i Araby.

Urban utvecklingspolitik & Utanförskap

Urban utvecklingspolitik har som syfte att ge struktur för att samordna utvecklingsinsatser mellan stat och kommun i stadsdelar med brett utanförskap (Regeringen, 2008). Politiken är en fortsättning på arbetet med Storstad i rörelse (Arbetsmarknadsdepartementet 2005).

Arbetsmarknadsdepartementet (2005) är segregation och särboende en vanlig storstadföreteelse. Sedan 1990-talet har ett allt starkare samband vuxit fram mellan ekonomiskt utsatthet och etnisk bakgrund. Detta samband förstärks av att stora grupper av nyanlända flyktingar blir hänvisade till bostadsområden där det redan finns en stor andel hushåll med socioekonomiska problem. Det bidrar även till en ökning av koncentration av bidragsmottagare i vissa bostadsområden. I statens offentliga utredningar (SOU 2005:29) beskrivs hur arbete och boende ofta hör samman. En av de viktigaste faktorerna för att komma ifrån segregation är arbete. Om en individ är ekonomisk oberoende finns möjligheten att välja var han eller hon vill bosätta sig.

För att minska utanförskapet och de negativa påverkansfaktorer som det kan medföra, utvecklades därmed den urbana utvecklingspolitiken. Det urbana utvecklingsarbetet riktar sig till de kommuner som har stadsdelar där invånarna upplever ett utanförskap genom långvarig arbetslöshet, bidragsberoende, låg utbildningsnivå och otrygghet.

Polismyndigheten, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan fick i uppdrag av regeringen att ingå lokala samarbetsavtal med kommuner som tecknat lokala utvecklingsavtal enligt förordningen (2008:348) om urbant utvecklingsarbete. Lokalt utvecklingsavtal är en överenskommelse mellan staten och en kommun som syftar till att klargöra förutsättningarna för att på lokal nivå bedriva ett gemensamt urbant utvecklingsarbete.

Nästa nivå i den urbana utvecklingspolitiken är att upprätta lokala partnerskap. Förutom statliga och kommunala myndigheter bör även andra aktörer som kan ha en aktiv roll eller berörs av utvecklingsarbetet ingå i ett lokalt partnerskap. Dessa aktörer kan vara landsting, näringsliv, fastighetsägare, boende organisationer och andra organisationer (4§ SFS 2008:348). Lokalt partnerskap ska fungera som en samverkan mellan olika aktörer för att genomföra det urbana utvecklingsarbetet. Även här är syftet att åstadkomma en effektiv användning av ordinarie resurser för att minska utanförskap i stadsdelar. Strategiska stadsdelsplaner är lokala partnerskapens styrdokument för utvecklingsarbete i stadsdelarna. Statliga myndigheternas roll och ansvar är att varje år lämna en redovisning till Regeringskansliet av hur samverkan inom partnerskapen fungerar, vilka insatser som genomförts och hur erfarenheter och kunskaper har tagits omhand (Arbetsmarknadsdepartementet, 2008).

Effekter på hälsan

Enligt Socialstyrelsen (2005) uppstår utanförskap när en individ upplever att den inte kan påverka sina egna livsvillkor och utvecklingen av samhället. Den upplevda bristen på makt och möjligheter har ett starkt samband med ohälsa. Enligt Antonovsky (1991) är KASAM (känsla av sammanhang) en avgörande faktor för hur en individ hanterar olika livssituationer. I KASAM ingår begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Antonovsky (1991) menar att KASAM styr vår hälsa och vårt mående. Om en individ saknar meningsfullhet och upplever att tillvaron inte går att påverka eller hantera, får det konsekvenser för hälsan.

Askheim & Starrin (2007) menar att Empowerment är ett begrepp som ofta kopplas ihop med makt, styrka och kraft. Empowerment kan ses som en process som syftar till att utveckla och öka individers kontrollmöjligheter. Processen är beroende av individens inställning till sin hälsa och livssituation samt vilka förutsättningar det finns för individen att påverka dessa.

Urban utvecklingspolitik i Växjö kommun

Växjö kommun åtog sig uppdraget att bilda ett lokalt partnerskap tillsammans med berörda myndigheter. Kommunen fick i uppgift att skapa förutsättningar för boendes delaktighet i utvecklingsarbetet. Vidare skulle kommunen upprätta en strategisk stadsdelsplan för stadsde-

len enligt bestämmelserna i förordningen om urbant utvecklingsarbete. Växjö kommun har en utmaning vad gäller utanförskap. Detta visar sig bland annat genom förvärvsfrekvensen som är betydligt lägre bland utrikesfödda (56 procent) jämfört med hela befolkningen i kommunen (ca 79 procent). Sysselsättningsgraden i åldrarna 20-64 år är 55,8 procent i Araby. I Växjö är siffran 79,2 procent.

Att kommunen ska skapa förutsättningar för boendes delaktighet i utvecklingsarbete är blir en viktig del då tidigare forskning (Ketola 1998) visar på att detta inte varit fallet. Ketola (1998) menar i sin rapport att de boende i Araby inte har varit delaktiga i målformuleringen av utvecklingsarbetet i tidigare projekt som har genomförts. De lokalt aktivas synpunkter har inte fått respons i beslutsprocesser.

Araby

Araby byggdes som del av miljonprogrammet under åren 1963-1971. Bakgrunden till byggandet av den nya stadsdelen var den kraftiga befolkningstillväxten samt ökade krav på bostäder med modern standard. Stadsdelen är centralt beläget cirka en kilometer norr om Växjö centrum med 2466 hyresrätter där mindre och medelstora lägenheter dominerar. Enligt Statistiska centralbyrån bodde det 5739 personer i Araby år 2009. I stadsdelen är 49 procent utrikesfödda, jämfört med knappt 12 procent i hela kommunen. I stadsdelen är ohälsotalen höga, andelen som har försörjningsstöd är hög och förvärvsfrekvensen är låg. Som positiva aspekter i området kan nämnas att trivselen är hög, föreningslivet är aktivt och stadsdelen har ett centralt läge (Växjö kommun, 2009).

Urbant utvecklingsarbetet i Araby

Ett led i det urbana utvecklingsarbetet i Araby har varit att ta fram en handlingsplan. I denna handlingsplan framgår vilka åtgärder som är aktuella ur ett arbetsmarknadsperspektiv. De åtgärder som finns som förslag är till exempel att samverka med Arbetsförmedlingen gällande möjligheter att erbjuda arbetslösa vuxna ett kommunalt nystartsarbete. Det finns även planer på att utveckla ett medborgarkontor i Araby (Hansén, 2010).

Som tidigare nämnts präglas Araby av hög arbetslöshet, låg sysselsättningsgrad och hög andel bosatta som får sin försörjning genom olika former av bidrag. Växjö Kommuns förvaltning

för Arbete och Valfärd och Arbetsförmedlingen fick genom den urbana utvecklingspolitiken, uppdraget att utforma ett projekt som skulle minska utanförskapet i denna stadsdel. Projektet fick namnet Resurs Araby och syftade till att reducera utanförskapet i bostadsområdet Araby/Dalbo. Detta skulle ske genom insatser riktade främst mot ungdomar samt personer med utländskbakgrund. Projekttiden var mellan 2008-2010. Projektet var strukturerat i tre delar: bas, utbildning och arbete. Den enskilde deltagaren kom inom dessa delar att erbjudas vägledning och aktiv coachning, samhällsinformation, validering, arbetspraktik, kortare yrkesinriktade kurser (med stöd på hemspråket vid behov) och föreningsanknutna aktiviteter. Coachning och friskvård kom att följa deltagarna under hela inskrivningsperioden. Projektet omfattade ca 300 deltagare varav merparten hade försörjningsstöd eller introduktionsersättning.

Målsättning för resurs Araby var att:

- Andelen deltagare som erhållit arbete eller påbörjat yrkesinriktad utbildning vid projektets slut (eller inom 90 dagar därefter) skall vara 50 procent.
- Andelen deltagare som upplevde att de förbättrat sina möjligheter att erhålla ett arbete skulle vara minst 90 procent
- Deltagarna skulle genom projektets möjligheter ha uppnått en större allmän kunskap om arbetsmarknad, arbetsliv och utbildningsmöjligheter.
- Deltagarna skulle ha höjt sin kompetens som samhällsmedborgare, bland annat genom samhällsinformation.
- Deltagarna skulle ha höjt sin kompetens i svenska språket genom såväl undervisning, praktik som deltagande i övriga projektaktiviteter.
- Deltagarna ska känna att de stärkt sin kompetens inom ett eller flera yrkesområden.
- Deltagarna skulle uppleva en stärkt självkänsla och förbättrat sin fysiska och psykiska hälsa.
- Deltagarna skulle ha utvecklat nya sociala nätverk med stor betydelse för deras etablering på arbetsmarknaden.

En utvärdering av projektet genomfördes av Evaluatör och metoder som användes i utredning var intervjuer, enkäter, fokusgrupper, självvärderingar, dokumentstudier samt intervjuer med projektledning och projektmedarbetare. Utvärderingen visar bland annat att deltagarna var

genomgående mycket nöjda med projektet samt att målet med 50 procent av deltagarna ska gå vidare i egen försörjning var väl uppnått (Larsson & Persson, 2010).

Syfte

Syftet med projektet är att kartlägga valda målgrupp som är invånare i Araby som är födda mellan 1986-1966 och som uppbär aktivitetsersättning, tidsbegränsad sjukersättning, sjukersättning eller försörjningsstöd med läkarintyg samt att bedöma och uppmärksamma om stödinsatser behövs i målgruppen och i så fall vilka.

Avgränsningar

Målgruppen är individer som är födda mellan 1986 till 1966 och bosatta i Araby. Individerna ska även vara beviljade aktivitetsersättning, tidsbegränsad sjukersättning och sjukersättning eller försörjningsstöd och har läkarintyg. Kartläggningen har inkluderat individer med hel ersättning. Individer som uppbär sjukpenning har exkluderas ifrån kartläggningen.

Begreppsförklaringar

Aktivitetsersättning kan beviljas till individer under 30 år. Ersättningsformen kan beviljas om arbetsförmågan bedöms nedsatt på hela arbetsmarknaden. Det ska finnas en rehabiliteringsplan för en individ med aktivitetsersättning. Det finns även möjlighet till att få aktiviteter bekostade. Exempel på aktiviteter kan till exempel vara gymkort, ridlektioner, olika kurser vid studieförbund och busskort. Syftet med aktiviteterna ska vara att uppmuntra till sysselsättning. Även arbetslivsinriktade rehabilitering tillsammans med medicinsk rehabilitering kan vara aktuell under tiden med aktivitetsersättning (Försäkringskassan, 2011).

Tidsbegränsad sjukersättning är det som tidigare kallades för sjukbidrag. Denna form av ersättning plockades bort vid reformen av sjukförsäkringen som gjordes 1 juli 2008. För den individ som var beviljad tidsbegränsad sjukersättning innan den 1 juli finns särskilda övergångsbestämmelser som gör det möjligt att söka om ytterligare en period om 18 månader med tidsbegränsad sjukersättning. Ersättning kan beviljas följande nivåer: en fjärdedels, halv, tre fjärdedels och hel. Däremot finns det inga möjligheter att nybevilja tidsbegränsad sjukersättning efter den 1 juli 2008. Vid beviljande av tidsbegränsad sjukersättning ska en plan för återgång i arbete upprättas av Försäkringskassan och den enskilde. I planen ska det framgå vilka

rehabiliteringsåtgärder som är aktuella under tid med ersättning samt vem som är ansvarig för åtgärden (Försäkringskassan 2011).

Sjukersättning kan enklast förklaras och jämföras med förtidspension. Enligt reglerna som kom 1 juli 2008 så kan sjukersättning beviljas om arbetsförmågan kan bedöms nedsatt för all överskådlig framtid. En annan förutsättning är att alla medicinska och arbetslivsinriktade rehabiliteringsmöjligheter ska vara uttömda. Förmånen kan ges på samma nivåer som tidsbegränsad sjukersättning. Vid beviljandet av sjukersättning så tas även beslut om en förnyad utredning som sker vart tredje år. Utredningen syftar till att säkerställa av individen är berättigad ersättning tre år senare. Tidsbegränsad sjukersättning och sjukersättning kan beviljas till individer som har fyllt 30 år (Försäkringskassan, 2011).

Försörjningsstöd är behovsprövat och grundar sig på hushållets samlade inkomster. Det är ett komplement till den egna inkomsten och andra ekonomiska förmåner. I första hand skall individen tillgodose sina behov genom egna inkomster och genom samhällets övriga bidragssystem (sjuk- och aktivitetsersättning, pension, bostadsbidrag, barnbidrag, underhållsstöd m.m.). Om en individ har tillgångar eller kapitalvaror måste dessa först användas innan rätt till bistånd finns. Även vid beviljade av försörjningsstöd ställs krav på aktivitet. Om individen är arbetslös och frisk så måste den beviljade stå till arbetsmarknadens förfogande. Ersättningen beslutas och administreras av förvaltningen för Arbete och Valfärd. Det kan även bli aktuellt med deltagande i praktik eller kompetenshöjande verksamhet. Om en individ inte kan stå till arbetsmarknadens förfogande eller delta i aktiviteter på grund av sjukdom ska detta styrkas av ett läkarintyg (Växjö kommun, 2011).

Metod

Enligt en skrivelse av Centrala etikprövningsnämnden, Datainspektionen, Socialstyrelsen och Statistiska Centralbyrån (2009) är en personuppgift all information som direkt eller indirekt kan hänföras till en fysisk person som är i livet. Namn och personnummer är alltid personuppgifter men även när detaljerade uppgifter kan göra det möjligt att knyta uppgifterna till en person. När det gäller kodade uppgifter ska dessa behandlas som personuppgifter trots att forskaren själv inte har tillgång till kodnyckeln. Centrala etikprövningsnämnden et al (2009) menar att behandling av personuppgifter kan vara nödvändig då det är en arbetsuppgift av allmänt intresse. Eftersom forskning normalt sett är en arbetsuppgift som är av allmänt in-

tresse är det tillåtet att behandla personuppgifter. Om de personuppgifter som ska behandlas anses som känsliga gäller ytterligare begränsningar för hur de får hanteras.

Data som finns i kartläggningen bör ses som personuppgifter. När det gäller uppgifter från Försäkringskassan så har genomgången utförts av projektledaren som omfattas av myndighetens sekretess. När resultatet presenteras kommer uppgifter göras så odetaljerade som möjligt. Det innebär bland annat att länder slås ihop till världsdelar eller geografiska områden samt specifika diagnoser samlas till diagnosgrupper enligt ICD-10. Detta görs för att uppgifterna inte ska kunna härledas till någon person. Utifrån en sammanställning av Forskning och Utveckling Kronoberg (FoU Kronoberg) har individer med aktivitetsersättning, tidsbegränsad sjukersättning och sjukersättning kunnat urskiljas. Därefter har uppgifter till kartläggning hämtas från akter för sjuk- och aktivitetsersättning. Uppgifter har även hämtas från Försäkringskassans system (TP Sundsvall) för försäkringshistorik.

För att kunna urskilja individer som har läkarintyg och uppbär försörjningsstöd samt är bosatt i Araby har en enkät delats ut till respektive socialsekreterare inom Arbete och Valfärd. Socialsekreteraren har fyllt i enkäten utifrån tillgängliga uppgifter i personakt. Varje enkät har varit avidentifierad men försetts med ett nummer. En förteckning över vilket nummer som hör ihop med vilket personnummer finns arkiverad hos Arbete och Valfärd. Enkäten har tagits fram tillsammans med representanter från Arbete och Valfärd samt Forskning och FoU Kronoberg. Genomgången av uppgifter som är befintliga hos Försäkringskassan och Växjö kommun kommer ses som intern inventering hos de bägge myndigheterna. Det innebär att materialet är ett arbetsmaterial för vidare arbete inom respektive myndighet.

Resultat

Resultatet visar att majoriteten av i populationen med aktivitetsersättning var födda i Sverige. Medelåldern var 27,9 för män och 27,4 för kvinnor.

När det gäller individer med aktivitetsersättning så var ett fåtal som hade haft någon form av anställning. Detta var gällande för både för båda könen. Av kvinnorna var det 13 stycken som aldrig hade etablerat sig på arbetsmarknaden. Fyra stycken kvinnor hade haft en tillfällig an-

ställning och en kvinna hade haft fast anställning. För män med aktivitetsersättning så hade åtta stycken inte haft någon anställning medan tre stycken hade haft en tillfällig anställning.

Utbildningsnivån skiftade i populationen. Hos män med aktivitetsersättning var det ingen som hade fullständiga betyg från gymnasiet. I samma population var det två individer som inte hade fullföljt grundskoleutbildning. Bland kvinnor med aktivitetsersättning hade samtliga gjort klart grundskolan. Det var även sex kvinnor hade fullständiga betyg från gymnasieskolan.

Resultatet visar även att när det gäller kvinnor med aktivitetsersättning i Araby så dominerar psykiska diagnoser. Bland de psykiska diagnoserna så förekommer *Lindrig psykisk utvecklingsstörning* vid sex tillfällen (F70-F79). Diagnos *Genomgripande utvecklingsstörningar* (F80-F89) förekom hos sju individer. Diagnoser som återfinns inom denna diagnosgrupp är autism och aspergers syndrom. I diagnosgruppen *Personlighetsstörningar* (F60-F69) återfinns två individer. Det fanns en kvinna med diagnosen depression samt två kvinnor med fysiska diagnoser (spondylopati och fibromyalgi).

I resultatet framkom att bland män med aktivitetsersättning hade 4 stycken diagnosen *Lindrig utvecklingsstörning* (F70-F79). Två individer har diagnosen ADHD och två individer har Aspergers. Diagnoserna Aspergers och ADHD ryms som tidigare inom kategorin *Störning i psykisk utveckling* (F80-F89). Därefter följer 3 stycken diagnoser där det endast återfinns en individ i populationen; *Blandat ångest- och depressionstillstånd* (F40-F49), *Schizofreni* (F20-F29) samt *Cerebral pares* (G80-G83).

Vid genomgång av deltagande i rehabilitering framkom att 14 stycken individerna med aktivitetsersättning har pågående aktiviteter och två stycken deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering. Det var 13 stycken som hade endast medicinsk behandling eller rehabilitering.

Tabell 1: Aktivitetsersättning

	Totalt (n=29)	Män (n=11)	Kvinnor (n=18)
Ålder medelvärde	26,7	27,9	27,4
Utrikesfödd			
- Sverige	21	8	13
- Övriga världen	7	3	4
- Uppgift saknas	1	0	1
Högsta slutförda utb.			
- Ej grundskola	2	2	0
- Grundskola	11	6	5
- Gymnasiesärskola	10	3	7
- Gymnasieskola	6	0	6
- Högskola/univers.	0	0	0
Diagnoser			
Psykisk	26	10	16
Fysisk	3	1	2
- F70-F79	10	4	6
- F80-F89	11	4	7
- F60-F69	2	0	2
- Övriga	9	3	3
Arbetslivserfarenhet			
- Ingen tidigare	21	8	13
- Tillfällig anställ	7	3	4
- Fast anställ	1	0	1
Deltagit i rehab. Åtgärd			
- Enbart medicinsk	13	4	9
- Arbetslivsinriktad.	2	0	2
- Aktiviteter	14	7	7

Medelåldern hos män med tidsbegränsad sjukersättning och sjukersättning var 40,2 år medan hos kvinnor var siffran något lägre (38,6). I populationen (n=65) var 36 individer födda i Sverige medan 29 stycken var födda utomlands.

I populationen kvinnor med sjukersättning (n=23) hade 15 stycken slutfört sina gymnasiestudier. Fem individer hade slutfört grundskola och en hade gått gymnasiesärskola. För män hade 19 stycken gymnasiekompetens och fyra stycken hade studerat på högskola eller universitet.

Hos kvinnor med sjukersättning blev det tydligt att det fanns en mindre eller ingen förankring på arbetsmarknaden. De flesta hade dock något haft vikariat eller tidsbegränsade anställningar. Det var sju stycken som hade haft en fast anställning. Bland män med sjukersättning så var resultatet jämt fördelat över de tre kategorierna; ingen anställning, tillfällig anställning samt fast anställning.

De diagnoser som återfanns hos kvinnor med tidsbegränsad sjukersättning och sjukersättning var främst psykiska diagnoser. Det fanns dock en större variation mellan diagnoser hos individer med sjukersättning än individer med aktivitetsersättning. *Depression* och *Ångestillstånd* (F30-F39) var de diagnoser som återfanns hos flest kvinnor med sjukersättning. Tre individer hade diagnosen *Personlighetsstörning* (F60-F69). Hos kvinnor med sjukersättning återfanns diagnoserna *ADHD* och *Aspergers* (F80-F89) men dock inte i samma utsträckning som hos individer med aktivitetsersättning. Bland de fysiska diagnoserna så fanns det ingen gemensam nämnare utan det handlade om whiplashskada, lumbago ischias, myelomeningocele (ryggmärgsbräck) och thalamusinfarkt. Därefter följer en rad diagnoser som endast en individ i populationen hade.

Hos män med sjukersättning så framträder fyra diagnosgrupper; *Förstämmningssyndrom* (F30-F39), *Störningar i psykisk utveckling* (F80-F89), *Schizofreni* (F20-F29) samt fysiska diagnoser. I gruppen *Förstämmningssyndrom* återfinns diagnoser såsom depression, psykotisk syndrom och paniksyndrom. Såsom i populationerna individer med aktivitetsersättning och kvinnor med sjukersättning så figurerar diagnoserna *ADHD* och *Aspergers* (F80-F89) hos flera individer. Däremot så var återfanns en diagnosgrupp hos män med sjukersättning som inte förekom bland de andra grupperna och det var *Schizofreni* (F20-F29).

Vid en översyn av genomgången rehabilitering så framkom att 25 av männen och 9 av kvinnorna hade haft arbetslivsinriktad rehabilitering.

Tabell 2: Tidsbegränsad sjukersättning/sjukersättning

	Totalt (n=65)	Män (n=42)	Kvinnor (n=23)
Ålder medelvärde	33,1	40,2	38,6
Utrikesfödd			
- Sverige	36	23	13
- Övrig värld	29	19	10
Högsta slutförda utb.			
- Uppgift saknas	3	3	0
- Ej grundskola	2	2	0
- Grundskola	16	11	5
- Gymnasiesärskola	4	3	1
- Gymnasieskola	34	19	15
- Högskola/univers.	4	4	0
Diagnoser			
- F30-F39	13	7	6
- F60-F69	7	4	3
- F80-F89	8	6	2
- F70-F79	6	4	2
- Fysiska	11	7	4
- Övriga psykiska diagn.	9	3	6
- F20-F29	7	7	0
- F40-F48	4	4	0
Arbetslivserfarenhet			
- Ingen tidigare	20	14	6
- Tillfällig anställ	23	14	9
- Fast anställ	20	13	7
- Uppgift saknas	2	1	1

Deltagit i rehab.åtgärd			
- Enbart medicinsk	30	17	13
- Arbetslivsinriktad.	34	25	9
- Uppgift saknas	0	0	0

Populationen individer som uppbär försörjningsstöd och är sjukskriven uppkom till 13 stycken individer. Av dessa var fyra stycken män och resten kvinnor. Eftersom det var så få män i populationen kommer resultatet för individer med försörjningsstöd att redovisas sammanslaget för att någon individ inte ska kunna identifieras genom resultatet.

I populationen var merparten födda utomlands. Det saknas uppgift angående högsta slutförda utbildningsnivå för fyra individer. Det var fyra stycken som hade betyg från gymnasieskolan. Även när det gäller tidigare anställning så framkom att det saknas uppgift för den största delen av populationen. När det gäller diagnoser så var det övervägande psykiska diagnoser. De diagnoserna som förekom var bland annat lindrig utvecklingsstörning, panikångest, posttraumatisk stressyndrom (PTSD) depression, bipolär sjukdom, fibromyalgi och lumbago ischias. Fem individer hade arbetslivsinriktad rehabilitering medan sju stycken hade medicinsk. Det saknades uppgift för en individ. När det gäller familjeförhållanden så var nio stycken ensamstående och i tio hushåll det barn.

Tabell 3: Försörjningsstöd och läkarintyg

	Totalt (n=13)
Ålder medelvärde	36,9
Utrikesfödd	
- Sverige	4
- Övriga världen	9
- Uppgift saknas	0
Högsta slutförda utb.	
- Ej grundskola	1
- Grundskola	2

- Gymnasiesärskola	1
- Gymnasieskola	4
- Högskola/univers.	0
- – Uppgift saknas	4
Diagnoser	
Psykisk	3
Fysisk	11
Arbetslivserfarenhet	
– Ingen tidigare	
– Tillfällig anställ	3
– Fast	
Uppgift saknas - anställnings- form	2
Uppgift saknas	8
Deltagit i rehabilitering	
Enbart medicinsk	7
Arbetslivsinriktad	5
Ingen rehabilitering	1
Civilstånd	
Ensamstående	9
Sambo	1
Gift	3
Barn	
Ja	10
Nej	3

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet med Araby-projektet är att kartlägga målgruppen som är invånare i Araby som är födda mellan 1986-1966 och som uppstår aktivitetssättning, tidsbegränsad sjukersättning, sjukersättning eller försörjningsstöd med läkarintyg samt att bedöma och uppmärksamma om stödinsatser behövs i målgruppen och i så fall vilka. Tanken var att få en bild över vilken problematik som individer i målgruppen har samt i nästa steg se om det går att erbjuda någon form av åtgärd för att kunna närma sig sysselsättning. Syftet var inte att jämföra de olika populationerna med varandra. Det är svårt att dra några slutsatser utifrån populationen individer med försörjningsstöd eftersom individerna i denna grupp var så få. Frågan är om antalet i populationen speglar det verkliga förhållandet eller om ett antal fel i utförandet av datainsamlingen och utformande av enkät har lett till populationen blev mindre. De fel som kan ha funnits i utförandet av datainsamlingen kan till exempel ha varit oklarheter angående Arabys geografiska område. Vilka gator innefattar stadsdelen Araby? Detta hade kunnat avhjälpas med att en förteckning över Arabys gator hade skickats med som bilaga till enkäten. Eller ska resultatet ses som tillförlitligt och skulle då en av slutsatserna bli att problemet med individer med försörjningsstöd och sjukskrivning inte är så utbrett i Araby? En annan förklaring kan vara de individer som inte har ett läkarintyg men ändå en upplevd ohälsa exkluderas i studien.

Om man funderar över metod och tillvägagångssätt så finns det både för- och nackdelar med det sättet som valdes i kartläggningen. För att inte bryta sekretessen mellan myndigheterna så valdes att ge enkät till handläggare vid Växjö kommun. Detta kan medföra olikheter i synen på uppgifter, till exempel hur skattas högsta genomförda utbildning eller hur ser man på vad som är en tillfällig anställning eller fast anställning? För att försöka minimera olika skattningar så utformades ett följebrev till enkäten men trots detta är sannolikheten relativt stor att skattningen har skett på olika sätt. Om studien hade kunnat utformas på så sätt att samma person eller personer hade gått igenom hela materialet hade man kunnat säkerställa skattningen blev så likvärdig som möjligt. Men det var som tidigare nämnts inte möjligt i denna kartläggning på grund av sekretessen. Alternativet hade varit att tillfråga individerna om samtycke för genomgång av deras personakt. Eftersom det från början oklart hur många individer återfanns

i denna population och på grund av kartläggningens omfattning valdes detta bort och istället utformades enkäten.

Resultatdiskussion

I Araby är 49 procent av den totala befolkningen född utomlands. Resultatet visar att för individer med sjukersättning så var fördelning relativt jämn mellan individer som var födda i Sverige och individer födda utomlands. När det gäller individer med aktivitetsersättning var övervägande delen född i Sverige. Det motsatta var gällande för individer med försörjningsstöd. När det gäller fördelningen mellan män och kvinnor så är det en intressant iakttagelse att män med sjukersättning är nästan precis dubbelt så stor som kvinnor som beviljats sjukersättning. Det väcker många frågor som inte dock går att besvara i denna kartläggning. Dessa frågor bottenar sig i om det finns en skillnad mellan vilka diagnoser som män och kvinnor har samt hur man från Försäkringskassans sida ser på dessa diagnoser kontra arbetsförmåga.

Resultat visade att individer med aktivitetsersättning har en relativt bristfällig förankring på arbetsmarknaden. Det var få individer som hade haft en tillfällig anställning eller ett fast arbete. Däremot hade flera haft praktikplatser eller annan form arbetslivsinriktad rehabilitering såsom arbetsträning. För att få en djupare inblick i vilka åtgärder som individer har deltagit i krävs djupintervjuer. Detta skulle även kunna ge en bild över om det finns något som de saknat i sin rehabilitering. Det kan vara ett sätt att låta individen styra sin rehabilitering och ge möjligheten att de kan påverka sin rehabilitering samt att ha empowerment som utgångspunkt. Individen skulle ges förutsättning att ta kontrollen över sin rehabilitering. Detta skulle stämma väl överens med empowerment som ska ses som en process som syftar till att utveckla och öka individers kontrollmöjligheter.

Även utbildningsnivån hos individer med aktivitetsersättning var relativt ofullständig. Få hade fullständiga gymnasiebetyg vilket på dagens arbetsmarknad ofta anses vara en minimum nivå för att kunna få en anställning. Detta är också en fråga som bättre skulle kunna besvaras genom intervjuer. Är man motiverad till studier? Om inte, vad skulle kunna vara alternativet? Ett förslag skulle kunna vara en form lärlingsutbildning som ofta lyfts fram som ett alternativ till skolundervisning.

När det gäller diagnoser som återfanns i de olika populationerna så var det övervägande psykiska diagnoser. Diagnosen lindrig utvecklingsstörning var en av diagnoserna som var framträdande. Enligt ICD-10 så medför lindrig utvecklingsstörning vanligen inlärningssvårigheter i skolan men många vuxna kan arbeta, upprätthålla sociala relationer och bidra till samhället. Diagnoserna aspergers och ADHD förekom främst ibland individer med sjuk- eller aktivitetsersättning. Aspergers syndrom och ADHD ingår i vad som brukar betecknas som autism spektrum (AST). Ofta finns en samsjuklighet för individer med autism spektrum. De diagnoser som kan förekomma tillsammans autism spektrum är t.ex. ångestsyndrom, tvångssyndrom, ätstörningar och missbruk (Kadesjö, 2009). Enligt Kadesjö (2009) förekommer aspergers syndrom vanligtvis hos normalbegåvade individer medan till exempel autistiskt syndrom är förenat med psykisk utvecklingsstörning. Därför kan en del individer med aspergers syndrom vara väldigt framgångsrika i sina yrken. Det finns en möjlighet att det i den här gruppen kan finnas tillgångar och resurser som skulle kunna tas tillvara i arbetslivet. Det skulle även finnas en vinning för den enskilda individen då det finns ett starkt samband mellan arbete och hälsa. Enligt Socialstyrelsen (2009) är basala faktorer såsom levnads- och matvanor stark påverkan på hälsan. Men även klasstillhörighet, utbildningsnivå och yrke starkt relaterade till hälsa. Att delta i ett meningsfullt sammanhang har stor betydelse för hälsan. Ett arbete innebär för de flesta individer en meningsfull sysselsättning men även ett ekonomisk oberoende som ger möjligheten att till exempel välja vart man vill bosätta sig.

Förslag till vidare studier och rehabiliteringsåtgärder

Det finns många olika rehabiliteringsaktörer på ”marknaden”. Det är bland annat kommunen, landstinget, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, sociala företag, projekt med finansiering från Europeiska sociala fonden (ESF). Det kan vara svårt att som enskild att få en överblick vilka möjligheter som finns. Därför kan finnas ett informationsglapp som bör överbryggas. Att bli denna brygga mellan den enskilda och de olika aktörerna skulle kunna vara en uppgift för Växjö Samordningsförbud eller till exempel Personliga ombud Kronoberg. En form av mentorskap skulle kunna utvecklas där mentorn är kunnig inom olika rehabiliteringsåtgärder och vad de olika aktörerna har att erbjuda. I motsats till Växjö Samordningsförbuds befintliga verksamhet så skulle mentorskapet inte i första ledet innebära arbetslivsinriktad rehabilitering utan en ren vägledning till befintliga verksamheter.

För att få en djupare förståelse och inblick i vilka rehabiliteringsåtgärder som individerna har deltagit i krävs djupintervjuer. Om det skulle framkomma vid dessa intervjuer att individerna saknar en någon form av rehabiliteringsåtgärd, så borde tillvägagångsättet vid utformade av en rehabiliteringsåtgärd borde börja hos individen. Individerna skulle kunna vara med att utforma projektplan och verksamheten.

Avslutande ord

Upplevelsen efter denna kartläggning är att den väcker mer frågor än den besvarar. Det finns många olika spår som skulle vara intressanta att fortsätta på. Det finns även ett stort behov av att genomföra intervjuer för att få djupare förståelse och insikt om det finns brister i de rehabiliteringsåtgärder som genomförts eller om det finns en avsaknad av rehabiliteringsmöjligheter.

Referenser

Antonovsky, A. 1991, *Hälsans mysterium*, Tryckning i Finland

Arbetsmarknadsdepartementet 2005, *Storstad i rörelse – Kunskapsöversikt över utvärderingar av storstadspolitikens lokala utvecklingsavtal*. Stockholm

Arbetsmarknadsdepartementet 2008, *Förordning 2008:348 om urbant utvecklingsarbete*. Regeringskansliets databaser.

Askheim, O. P och Starrin, B. (Red) 2007, *Empowerment i teori och praktik*, Gleerups utbildning AB. Malmö.

Centrala etikprövningsnämnden, Datainspektionen, Socialstyrelsen och Statistiska Centralbyrån 2009. *Hantering av integritetskänsligt forskningsmaterial*. Promemoria från vetenskapsrådet

Försäkringskassan 2011 *Vägledning – sjuk- & aktivitetsersättning*

Hansén C 2010, *Handlingsplan – urbant utvecklingsarbete analys Araby*. Rapport från nämnden för arbete och välfärd.

Kadesjö B 2010, *Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar (F00-F99)*. Ur ICD-10, Socialstyrelsen.

Ketola, K. 1998. *Araby-projektet. En utvärdering av lokalt utvecklingsarbete i bostadsområdet Araby i Växjö*. Psilander Grafiska: Karlskrona.

Socialstyrelsen 2011. *Svensk version av ICD-10*. Hämtat 2011-04-13 från <http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/sokdiagnoskodid-10>

Larsson, B-A och Persson M, 2010. *Projekt ResursAraby Slutrapport*. Evaluator. Kristianstad

Regeringen 2008, Faktablad om budget 2008. Hämtat från 2011-03-15 från

<http://www.regeringen.se/content/1/c6/08/85/09/4354012e.pdf>

Socialstyrelsen 2005, *Folkhälsorapport 2005*. Hämtat 2011-03-21 från

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-111-2>

Socialstyrelsen 2009, *Folkhälsorapport 2009*. Hämtat från

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71>

Växjö Kommun 2008, *Urbant utvecklingsarbete Araby – strategisk stadsdelsplan*. Hämtat

2011-03-21 från http://www.eukn.se/pdfer/vaxjo_strategisk_stadsdelsplan.pdf

Växjö kommun 2011, *Ansökan om ekonomiskt bistånd*. Hämtat 2011-03-29 från

<http://vaxjo.se/Stod--Omsorg-/Ekonomisk-hjalp-och-stod/Ekonomiskt-bistand/Ansokan-om-ekonomiskt-bistand/>

Enkät – Projekt Araby

Nr

Individens personnummer ska vara avidentifierat och istället ska enkäten märkas med ett nummer. En förteckning över vilket nummer som hör ihop med vilket personnummer ska arkiveras hos Arbete och Velfärd. Anvisningar till frågorna finns på sida 3.

1. Kön?

Man Kvinna

2. Födelseår?

3. Civilstånd?

Ensamstående

Gift

Sambo

- Vilken sysselsättning har partnern?

Lönarbete

Studier

Ekonomiskt bistånd/praktik

Ekonomiskt bistånd & sjukskriven

Sjukpenning/Sjukersättning

4. Barn i hushållet?

Ja Nej

- Antal barn i hushållet?

- Hur många barn finns i de olika åldersintervallen?

0-4

5-9

10-14

15-19

20-

- Finns umgängesbarn i hushållet?

Ja Nej

5. Födelsehemland?

6. När beviljades ekonomiskt bistånd?

År/månad

7. Vilken diagnos/diagnoser har individen?

8. Tidpunkt för första läkarintyget

År/månad

9. Högsta slutförda utbildningsnivå?

- Ej betyg från grundskola

- Grundskola

- Gymnasiesärskola

- Gymnasieskola

- Högskola/universitet

- Annat.....

10. Är individen i dagsläget inskriven på Arbetsförmedlingen? Ja
Nej
Vet ej

10a. Har individen haft en tidigare anställning Ja

10b. Anställningsform? Fast

Tim-

Tidsbegränsad

Vet ej

11. Har någon rehabilitering har genomförts (ja/nej)? Ja Nej

11b. Om ja, specificera någon/några av åtgärderna som har genomförts.

Vid frågor är du välkommen att höra av dig till Karolina Rydh (010-118 39 09, karo-lina.rydh@forsakringskassan.se)

Tack för din medverkan!

Anvisningar till ifyllnad av enkät

Målgrupp för enkäten är individer som uppbär ekonomiskt bistånd samt har läkarintyg för sjukskrivning. Individerna i målgruppen ska vara i åldern 25-45 d.v.s. vara född mellan 1986-1966 samt invånare i Araby.

Fråga 7: Specificera vilka diagnoser som framkommer från individens läkarintyg.

Fråga 8: Från vilken tidpunkt är individen sjukskriven? Fyll i år och månad.

Fråga 9: Vilken utbildning har individen? Kryssa i rutan vid den nivå som individen har slutfört. Om en individ har slutfört grundskolan och till exempel har läst ett år på gymnasieskola men därefter avbrutit sina studier så blir svaret grundskola.

Fråga 11 – Är individen är arbetslös? Finns uppgift angående om individen har haft en/flera tidigare anställning/anställningar? Vilken anställningsform var den senaste anställningen?

Fråga 12 – Har individen har genomgått någon rehabilitering? Förslag på rehabiliteringsåtgärder är medicinering, terapi, arbetsträning/praktik o.s.v.