



INTEGRATIONSVERKET

Analysavdelningen
Susanne Sundell Lecerof
Utvecklingsavdelningen
Carl-Johan Rydberg

INT-19-06-2147

Hälsa på agendan!

Erfarenheter av hälsokonsekvens- bedömningar (HKB)

inom Integrationsverkets verksamhetsområde

Erfarenheter av hälsokonsekvensbedömningar (HBK)
Integrationsverkets stencilserie 2007:01

© Integrationsverket 2007

ISSN 1651-5676

Integrationsverket
Box 633
601 14 Norrköping
www.Integrationsverket.se

Grafisk produktion och tryck: Elanders AB 2007

Innehållsförteckning

Förord.....	5
Sammanfattning	7
1. Inledning.....	9
1.1. Bakgrund	9
1.2. Varför HKB?	9
1.3. Syfte och mål med uppdraget.....	10
1.4. Avgränsningar och begränsningar.....	10
1.5. Metoder	11
2. Vuxna utanför de inkomstbaserade socialförsäkringssystemen	13
2.1. Bakgrund	13
2.2. Syfte och problemformulering.....	13
2.3. Kvantitativ kartläggning	14
2.4. Samband med ohälsa.....	17
2.5. HKB av nuläget.....	19
2.6. Beskrivning och HKB av insatser.....	20
2.7. Diskussion	22
3. Nyanländas bosättning	24
3.1. Bakgrund	24
3.2. Syfte och problemformulering.....	25
3.3. Kvantitativ kartläggning	25
3.4. Samband med ohälsa.....	26
3.5. HKB av nuläget.....	34
3.6. Osäkerhet i bedömningarna	34
4. Erfarenheter och förslag	35
4.1. Bakgrund	35
4.2. Problematiseringar och kritisk diskussion.....	35
4.3. Förslag	36
4.4. Sammanfattande diskussion	38
Referenser.....	40
Bilaga 1: Definition av kommuner.....	43

Förord

Föreliggande rapport är en redovisning av ett uppdrag enligt Integrationsverkets regleringsbrev för 2006. Det bygger vidare på det metodstöd för hälsokonsekvensbedömningar (HKB) inom Integrationsverkets verksamhetsområde, som togs fram inom ramen för ett uppdrag 2005. Det övergripande målet för dessa uppdrag är att på sikt få in ett mer uttalat folkhälsoperspektiv i Integrationsverkets verksamhetsområde. Syftet med denna rapport är att redovisa exempel på hur HKB kan genomföras inom områden som är prioriterade av Integrationsverket.

HKB kan definieras som en kombination av metoder för att bedöma konsekvenser för hälsan av olika beslut och insatser, jämförda med hälsokonsekvenser av ett givet nuläge. Integrationsverket har valt att genomföra HKB enligt folkhälsomål två, *ekonomisk och social trygghet*, med bestämningsfaktorerna risk för ekonomisk utsatthet, tillgång till bostad, trygghet i närområdet, möjlighet till sysselsättning, och tillgång till utbildning. HKB har genomförts av två insatser på kommunal nivå på området vuxna utanför de inkomstbaserade socialförsäkringssystemen och långvarigt beroende av försörjningsstöd. Början på en nulägesanalys, och förslag på framtida utveckling, har gjorts på området nyanländas bosättning.

Analytiker Susanne Sundell Lecerof har varit huvudansvarig för arbetsgruppens rapport. Utvecklare Carl-Johan Rydberg har, i samråd med bosättningshandläggare på Integrationsverket, tagit fram förslag för den framtida utvecklingen av HKB inom Integrationsverkets verksamhetsområde. Utvecklarna Jonas Doll och Margaretha Johnsson har ingått i arbetsgruppen och bidragit med synpunkter och förslag. Arbetsgruppen har samrått med Anita Linell, tillförordnad avdelningschef på avdelningen för samhälle och hälsa på Statens Folkhälsoinstitut.

Norrköping januari 2007

Lena Bernström
T.f. generaldirektör

Susanne Sundell Lecerof
Analytiker

Sammanfattning

Föreliggande rapport är en redovisning av ett uppdrag enligt Integrationsverkets regleringsbrev för 2006. Som ett led i det nationella folkhälsoarbetet har myndigheten fått i uppdrag att, i samråd med Statens Folkhälsoinstitut (FHI), genomföra hälsokonsekvensbedömningar (HKB) av beslut och insatser inom det egna verksamhetsområdet.

Årets uppdrag bygger vidare på det metodstöd som togs fram inom ramen för HKB-arbetet 2005. Fokus ligger på att bedöma hälsoutfall enligt indikatorerna under folkhälsomål två, ekonomisk och social trygghet, med bestämningsfaktorerna risk för ekonomisk utsatthet, tillgång till bostad, möjlighet till sysselsättning och tillgång till utbildning. Det övergripande målet är att fortsätta processen att få in ett mer uttalat folkhälsoperspektiv i integrationsarbetet, som både Integrationsverket och andra aktörer gör inom det integrationspolitiska fältet, och därigenom höja kvaliteten på beslut och insatser.

Integrationsverket har genomfört uppdraget inom de prioriterade områdena nyanländas etablering, här avgränsat till bosättning, och vuxna som står utanför de inkomstbaserade socialförsäkringssystemen och som är långvarigt beroende av försörjningsstöd. Populationen nyanlända 2002 har valts ut för att se hur valet av kommuntyp (storstäder, pendlingskommuner, varuproducerande kommuner och övriga kommuner) under introduktionstiden påverkar den enskildes introduktion ur folkhälsosynpunkt, visavi bestämningsfaktorer under folkhälsomål två. Syftet med HKB av insatser på kommunal nivå för »vuxna utanför« är dels att synliggöra deras konsekvenser för hälsan, dels att skapa underlag till en förestående nationell insats. Bedömningarna har genomförts på basis av statistiska underlag och sammanställningar av bland annat Integrationsverkets kunskapsproduktion och epidemiologisk forskning. Dessa HKB-analyser ska främst ses som exempel på hur man kan genomföra HKB.

Resultaten av HKB av insatser för »vuxna utanför« tyder på att både samverkansstrategier mellan ansvariga instanser, och empowermentstrategier riktade till gruppen, kan vara effektiva när det gäller att förbättra utfallen av bestämningsfaktorerna under folkhälsomål två. Strategierna angriper problematiken från olika håll och kompletterar varandra. Samverkan är en nödvändighet för att åtgärda det systemfel som gör att individer riskerar att stanna kvar i utanförskapet under lång tid, och effektiva empowermentstrategier ökar möjligheterna för enskilda individer att förbättra sin situation.

Resultaten av HKB av bosättningsystemet för nyanlända pekar på att det finns en del skillnader i utfall mellan olika kommuntyper avseende bestämningsfaktorerna under folkhälsomål två. Generellt kan sägas att nyanlända kvinnor har sämre förutsättningar för hälsa än nyanlända män, när det gäller bestämningsfaktorerna risk för ekonomisk utsatthet (mätt som andel som uppstår försörjningsstöd) och möjlighet till sysselsättning. Kvinnor är också i lägre grad inskrivna i SFI. Generellt kan dessutom sägas att nyanlända i storstäderna har sämre förutsättningar för god hälsa än nyanlända i de andra kommuntyperna. Risken för ekonomisk utsatthet är relativt hög i storstäderna, sysselsättningsgraden är inte lika hög som i till exempel varuproducerande kommuner, trångboddhet och boende i så kallade »svenskglesa« områden är betydligt vanligare, liksom att man avbryter eller inte får godkänt i SFI. Det betyder dock inte att tillvaron utanför stor-

städerna genomgående är bättre. Den tidigare så kallade »Hela Sverige-strategin« medförde att fler blev bidragsberoende och arbetslösa. Idag ser vi att bidragsberoendet bland nyanlända är högt även i kategorin »övriga kommuner«, och att arbetslösheten är hög i varuproducerande kommuner. Tillgången till boende och bostadsutrymme förbättras dock väsentligt utanför storstäderna, liksom chansen att bli godkänd i SFI.

Inom ramen för den centrala överenskommelsen om utveckling av introduktionsinsatser, dokumentet Nationell samsyn kring hälsa och första tiden i Sverige samt de reviderade målen för nyanländas introduktion, och i ljuset av proposition 1997/98:16, är samverkan mellan olika parter en viktig del av en god introduktion. Två andra viktiga grundbultar för en god introduktion är ett fungerande bosättningsarbete och en god hälsa. Mot denna bakgrund har Integrationsverket formulerat två förslag på områden där HKB kan genomföras i framtiden:

- HKB av bosättningsarbete (och eventuellt även andra introduktionsinsatser) där flera parter har samverkat, jämfört med bosättningsarbete där ingen samverkan har skett.
- HKB av bosättning via myndighetens försorg jämfört med bosättning på egen hand (asyltidens eget boende-alternativ, EBO).

Dessa förslag innebär att HKB blir ett verktyg för att synliggöra bosättningsystemets hälsorelaterade för- och nackdelar och för att skapa en grund för utveckling och förändring av detsamma. Integrationsverket erfar att en rad grundläggande förutsättningar behöver finnas på plats för att HKB-arbetet ska kunna fortgå – framför allt i form av såväl personella som tidsmässiga resurser, och i form av tillgång till mer utvecklad statistik och övrig information om de nyanlända. När dessa förutsättningar finns på plats är det också möjligt att utveckla HKB-arbetet. Den analys som finns i denna rapport kan slutföras och flera frågeställningar kan bli aktuella.

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Integrationsverket har under 2006 genomfört ett uppdrag enligt Integrationsverkets regleringsbrev för 2006, övriga mål och återrapporteringskrav:

Folkhälsa

Integrationsverket skall, med utgångspunkt i de metoder som utvecklats under 2005, genomföra bedömningar av hälsokonsekvenser (HKB) inom av Integrationsverket prioriterade områden samt sitt arbete med hälsokonsekvensbedömningar, redovisa erfarenheter och förslag av vikt för den framtida utvecklingen inom dessa områden av sådana. Arbetet ska ske i samråd med Folkhälsoinstitutet.

Bakgrunden till detta är att Integrationsverket under 2005 hade ett uppdrag att utveckla metoder för hälsokonsekvensbedömningar, HKB, inom av verket prioriterade områden. Det som då redovisades skulle främst ses som *exempel* på hur man skulle kunna gå tillväga vid HKB inom områdena vuxna utanför de inkomstbaserade socialförsäkringssystemen, barns och ungas introduktion och nyanländas introduktion (Integrationsverket 2005).

Föreliggande rapport bygger vidare på de förslag som togs fram inom ramen för HKB-arbetet 2005. Fokus i denna rapport ligger på att bedöma hälsoutfall enligt indikatorerna under folkhälsomål två, *ekonomisk och social trygghet*. I rapporten redovisas HKB av beslut och insatser som genomförts inom delvis samma områden som i fjol – vuxna utanför de inkomstbaserade socialförsäkringssystemen och nyanländas etablering, här avgränsat till deras bosättning. Förslagen som tagits fram för den framtida utvecklingen av HKB inom det integrationspolitiska området baserar sig på erfarenheter gjorda under arbetets gång och på dialog som förts med de tjänstemän som arbetar med bosättning på Integrationsverket.

1.2 Varför HKB?

Enligt proposition 2002/03:35 ska det övergripande nationella målet för folkhälsa vara att skapa samhällseliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen¹. Många faktorer i samhället påverkar folkhälsan. Det politiska ansvaret är fördelat mellan olika delar och nivåer i samhället. Ett samlat folkhälsoarbete kräver därför insatser av flera samhällsaktörer och inom flera politikområden. Riksdagen fattade i april 2003 beslut om elva folkhälsomål som visar för samhällets olika aktörer hur de egna verksamheterna kan inordnas i arbetet för att nå det övergripande målet.

¹ <http://www.regeringen.se/content/1/c4/12/59/ce6a4da9.pdf>

I mars 2006 beslutade regeringen om en vidareutveckling av en svensk strategi för hållbar utveckling.² Hållbar utveckling är ett övergripande mål för regeringens politik och innehåller tre dimensioner: ekonomisk, miljömässig och social. I den sociala dimensionen ingår hälsa som en viktig aspekt. Strategin stimulerar till att alla politiska beslut ska ta hänsyn till alla tre dimensionerna i hållbar utveckling. HKB utgör då ett verktyg för den sociala dimensionen. HKB är jämförbart med miljökonsekvensbeskrivningar (MKB), även om HKB inte är lika kvantifierbart. Även på internationell nivå växer intresset för HKB. EU:s strategi för hållbar utveckling omfattar också de tre dimensionerna av hållbar utveckling som ska beaktas i alla viktiga beslut. Av Amsterdamfördragets artikel 152 förstås att hälsa ska utgöra en del inom alla politikområden: »En hög hälso-skyddsnivå för människor skall säkerställas vid utformning och genomförande av all gemenskapspolitik och alla gemenskapsåtgärder«.³ HKB är ett verktyg för detta. Det finns därmed incitament för att integrera HKB i det egna verksamhetsområdet.

1.3. Syfte och mål med uppdraget

Uppdragets syfte är att genomföra HKB inom områden som är prioriterade av Integrationsverket och därmed öka möjligheter till att

- höja kvaliteten på beslutsunderlag genom att »tänka efter före«,
- sätta hälsa högre upp på den integrationspolitiska agendan,
- implementera metoder för att öka förutsättningarna för jämlikhet och jämställdhet i hälsa,
- identifiera konsekvenser för sårbara grupper i samhället,
- ge förslag till hur beslut och insatser kan utformas eller ändras till förmån för dessa grupper.

HKB kan genomföras av

- egna beslut och insatser, det vill säga där Integrationsverket äger frågan eller är operativ aktör,
- beslut och insatser som andra fattar/gör inom det integrationspolitiska fältet på uppdrag av Integrationsverket,
- beslut och insatser som fattas/görs inom det integrationspolitiska fältet av andra samhällsaktörer.

Det övergripande målet är att på sikt integrera HKB i Integrationsverkets verksamhetsområde samt att redovisa erfarenheter och förslag av vikt för den framtida utvecklingen av HKB inom Integrationsverkets verksamhetsområde.

1.4. Avgränsningar och begränsningar

Som ett första steg i arbetet med att införliva HKB i Integrationsverkets verksamhetsområde har enbart ett folkhälsomål valts ut, nämligen folkhäl-

² <http://www.regeringen.se/content/1/c6/06/06/92/5ff0d494.pdf>

³ http://eur-lex.europa.eu/sv/treaties/dat/12002E/htm/C_2002325SV.003301.html

somål två: ekonomisk och social trygghet. Detta mål inkluderar några av de bestämningsfaktorer som är avgörande för hälsan, då de innebär en del av de grundförutsättningar som behövs för en god hälsa (risk för ekonomisk utsatthet, tillgång till bostad, möjlighet till sysselsättning och tillgång till utbildning). Dessa bestämningsfaktorer bevakas av Statens Folkhälsoinstitut (FHI) med hjälp av indikatorer. Data för vissa av indikatorerna under folkhälsomål två finns tillgängliga i Integrationsverkets statistikdatabas STATIV, och ska i det som redovisas i rapporten ses som exempel på hur man kan genomföra HKB.

I denna rapport har följande avgränsningar gjorts:

- Nulägesanalysen och HKB av insatserna för gruppen »vuxna utanför« gäller enbart de vuxna själva, ingen bedömning har gjorts för deras eventuella barn. Det förtjänar dock att nämnas att epidemiologisk forskning pekar på negativa konsekvenser för barnens hälsa, till och med långt upp i åldrarna, när hushållets ekonomiska trygghet är svag.
- HKB och analys av bosättningen för nyanlända gäller enbart dem som anlänt 2002. Skälet till detta är att vi ur STATIV ska kunna få ut så mycket information som möjligt om vad som uppnåtts vid introduktionsperiodens slut (efter 2 år).
- HKB och analys av bosättningen för nyanlända gäller enbart vuxna. Det finns behov av mer nationellt representativa kvantitativa data som beskriver utfall för barn och unga avseende de valda indikatorerna. Barnperspektivet tillförs här därför enbart som diskussion som baserar sig på aktuell forskning.

De insatser och beslut som valts som föremål för HKB i denna rapport är av olika slag. Två insatser på kommunal nivå, riktade till »vuxna utanför«, har valts ut, då nationella insatser på området ännu inte genomförts för målgruppen. Dessa bedömningar av hälsokonsekvenser, varav den ena är retrospektiv, ska ses som lärande exempel som skulle kunna tillföra en kommande nationell insats nödvändiga förkunskaper. När det gäller nyanländas etablering har HKB gjorts av bosättningssystemet. HKB blir inte heller i detta fall en klassisk bedömning av hälsokonsekvenser som man gör innan en enskild insats genomförs eller ett enskilt beslut fattas – men kan bidra med nya insikter när nyanlända informeras om bosättningsalternativ och när deras introduktion planeras.

1.5. Metoder

Både kvantitativ metod, i form av deskriptiv statistik inom de två delområdena »vuxna utanför« och nyanländas bosättning, och kvalitativ metod, i form av beskrivningar och erfarenhetsrapportering, har använts i genomförandet av uppdraget. I nulägesanalyserna har vetenskaplig (företrädesvis epidemiologisk) forskning sammanställts för att belysa sambanden mellan indikatorer och utfall. För att ytterligare kvalitetssäkra utfallen i HKB-matriserna har rapporter, effektutvärderingar och kvalitativa studier också använts. Litteratursammanställningen fungerar som grund för bedömningarna av hälsokonsekvenser.

Som instrument för analysen har Integrationsverket valt att använda en *checklista för HKB* (FHI) och en del av *hälsomatriisen* (Landstingsförbundet & Svenska Kommunförbundet 1998, se även FHI 2005:38), då de har klara fördelar avseende struktur och överskådlighet. Matrisen kan utvecklas i det framtida HKB-arbetet. På så sätt underlättas också införandet av HKB som verktyg i det framtida integrationsarbetet.

2. Vuxna utanför de inkomstbaserade socialförsäkringssystemen

2.1. Bakgrund

Gruppen »vuxna utanför« definierades i Rapport Integration 2005 som personer med långvarigt (minst 10 månader) försörjningsstöd, med varken arbetslöshetsersättning, sjukpenning eller rehabiliteringsersättning, och med en sammanlagd förvärsinkomst som varit lägre än gränsen för sjukpenninggrundande inkomst (9 500 kr). Integrationsverkets kartläggning (2006) visar att utrikes födda är överrepresenterade i denna grupp. Samma definition av »vuxna utanför« används i denna rapport.

Biståndstagandet förklaras bland annat av ekonomiska faktorer, särskilt arbetsmarknaden. T.ex. kan arbetslösa utan arbetslöshetsersättning bli aktuella för försörjningsstöd. Tidigare offentliga utredningar har dessutom pekat på brister inom rehabiliteringsområdet (RFV m.fl. 2004). Det finns en risk att s.k. »nollplacerade« (personer som inte har sjukpenninggrundande inkomst) faller mellan stolarna när de har behov av rehabiliteringsinsatser, vilket leder till att de aldrig får sin arbetsförmåga bedömd, och är hänvisade till försörjningsstöd. Tidigare projekt har visat att bland annat samverkan mellan myndigheter ofta är nödvändig för dem som både är särskilt utsatta och har rehabiliteringsbehov (Socialstyrelsen 2001). Tyvärr omfattar inte lagen om frivillig samordning dem som är nollplacerade (RFV m.fl. 2004). »Vuxna utanför« saknar alltså sjukpenninggrundande inkomst och har därför inte rätt till de inkomstgrundade försäkringarna vid arbetslöshet eller sjukdom.

Integrationsverket har genom Europeiska Flyktingfonden (ERF), tagit initiativet till ett nationellt samarbete mellan sakmyndigheterna (SKL, Socialstyrelsen, AMS och RFV) för att åtgärda det systemfel som gör att individer kan tillåtas hamna och stanna kvar i detta utanförskap under mycket lång tid. Projektplanen ligger för närvarande inne som ett utkast vilket de ansvariga myndigheterna ska utveckla enligt sina respektive ansvarsområden. Integrationsverkets roll i projektet är att vara en facilitator för samverkan. Projektet har ännu inte påbörjats, och därför saknas beslut och insatser på nationell nivå för »vuxna utanför«. Därför har två projekt, som har riktats till »vuxna utanför«, på kommunal nivå valts ut. Det ena projektet, FK-projektet i Malmö, är redan avslutat, medan det andra, EQUAL-projektet Make Your Future i Göteborg, pågår.

2.2. Syfte och problemformulering

Syftet med HKB av de två insatserna för »vuxna utanför« är tvåfaldigt. Det första är att synliggöra konsekvenser för hälsan, visavi indikatorer under folkhälsomål två, av två insatser som riktat sig till gruppen »vuxna utanför« på lokal nivå. Det andra är att, genom denna HKB, bidra med kunskap

om hälsokonsekvenser från befintliga lokala insatser för att skapa underlag till en förestående insats på nationell nivå.

Problemformuleringen lyder:

Kan förutsättningar för en bättre ekonomisk och social trygghet åstadkommas för »vuxna utanför« genom samverkan som i FK-projektet i Malmö, respektive empowerment-strategi som i EQUAL-projektet Make Your Future i Göteborg?

2.3. Kvantitativ kartläggning

Integrationsverket har gjort en uppdatering av den kvantitativa kartläggning av gruppen som presenterades i Rapport Integration 2005 (Integrationsverket 2006). 25 379 utrikes födda individer, de som omfattas av ersättningsförordningen exkluderade, saknar sjukpenninggrundande inkomst (är »nollplacerade«) och är hänvisade till försörjningsstöd. På grund av att de aldrig kommit in i arbetslivet eller att de av någon anledning blivit utförsäkrade, har de inte rätt till de inkomstbaserade försäkringssystemen om de blir sjuka eller arbetslösa. Eftersom de redan har en svag anknytning till arbetsmarknaden blir de ofta långvariga biståndstagare, vilket i sig ytterligare försämrar möjligheterna till att komma in på arbetsmarknaden (Socialstyrelsen 2006). Att sysselsättningsgraden för nyanlända är lägre under de första åren konstateras i Rapport Integration 2005 (Integrationsverket 2006). Vi kan också se i vår kartläggning att många nyanlända erhåller försörjningsstöd under de första åren i Sverige. Men problematiken handlar inte enbart om initiala svårigheter att etablera sig i ett nytt land. En stor del av individerna i gruppen har varit i Sverige i minst fem år (tabell 1). En mycket stor andel av gruppen »vuxna utanför« har kommit hit som flyktingar eller som anhöriga till andra flyktingar. Integrationsverkets kartläggning visar också att utbildningsbakgrunden för den som är utrikes född är annorlunda, jämfört med den som är inrikes född, när det gäller långvarigt socialbidragsberoende. Många utrikes födda »vuxna utanför« har eftergymnasial utbildning (tabell 2). Bland de utrikes födda ökar antalet »vuxna utanför« med stigande ålder, medan förhållandet är i det närmaste motsatt för inrikes födda. Det bör dock noteras att utrikes födda är överrepresenterade även bland »unga utanför« (tabell 3).

Tabell 1. Utrikes födda »vuxna utanför« fördelade efter vistelsetid och grund för bosättning.

Vistelsetid	Antal			Andel		
	Kvinnor	Män	Total	Kvinnor	Män	Total
0-2 år ^a	934	1 046	1 980	6,7	9,1	7,8
3-4 år	2 556	2 225	4 781	18,5	19,3	18,8
5-9 år	3 233	2 254	5 487	23,3	19,6	21,6
10-19 år	6 034	4 333	10 367	43,6	37,6	40,8
20- år	1 095	1 669	2 764	7,9	14,5	10,9
Total	13 852	11 527	25 379	100	100	100
Grund för bosättning ^{b,c}						
Humanitär	3 440	3 310	6 750	27,7	34,8	30,8
Skyddsbehov	2 274	2 794	5 068	18,3	29,4	23,1
Familjeband	6 051	2 881	8 932	48,6	30,3	40,7
Arbete	6	12	18	0,0	0,1	0,1
Studier	3	1	4	0,0	0,0	0,0
Övrigt	666	511	1 177	5,4	5,4	5,4
Total	12 440	9 509	21 949	100,0	100,0	100,0

^a Det ska noteras att gruppen med vistelsetid 0-2 år reducerades från 8 309 till 1 980 personer när de som omfattas av ersättningsförordningen (totalt, n=6 483) räknades bort.

^b Uppgift saknas för ca 52 procent av den utrikes födda befolkningen. Uppgift saknas främst för personer som kom till Sverige före 1986.

^c I statistiken över grund för bosättning fanns även ett mindre antal (n=67) inrikes födda, framför allt barn som fötts under föräldrarnas asylperiod, 96 procent av dessa hade familjeband som grund för bosättning.

Källa: STATIV.

Tabell 2. »Vuxna utanför« fördelade efter utbildning.

Utrikes födda	Antal			Andel		
	Kvinnor	Män	Total	Kvinnor	Män	Total
Förgymnasial	6 320	4 651	10 971	45,6	40,3	43,2
Gymnasial	2 884	3 692	6 576	20,8	32,0	25,9
Eftergymnasial	1 706	2 127	3 833	12,3	18,5	15,1
Okänd	2 942	1 057	3 999	21,2	9,2	15,8
Total	13 852	11 527	25 379	100,0	100,0	100,0
Inrikes födda						
Förgymnasial	3 130	4 605	7 735	53,8	47,7	50,0
Gymnasial	2 314	4 432	6 746	39,8	45,9	43,6
Eftergymnasial	308	559	867	5,3	5,8	5,6
Okänd	69	63	132	1,2	0,7	0,9
Total	5 821	9 659	15 480	100,0	100,0	100,0
Total						
Förgymnasial	9 450	9 256	18 706	48,0	43,7	45,8
Gymnasial	5 198	8 124	13 322	26,4	38,3	32,6
Eftergymnasial	2 014	2 686	4 700	10,2	12,7	11,5
Okänd	3 011	1 120	4 131	15,3	5,3	10,1
Total	19 673	21 186	40 859	100,0	100,0	100,0

Källa: STATIV.

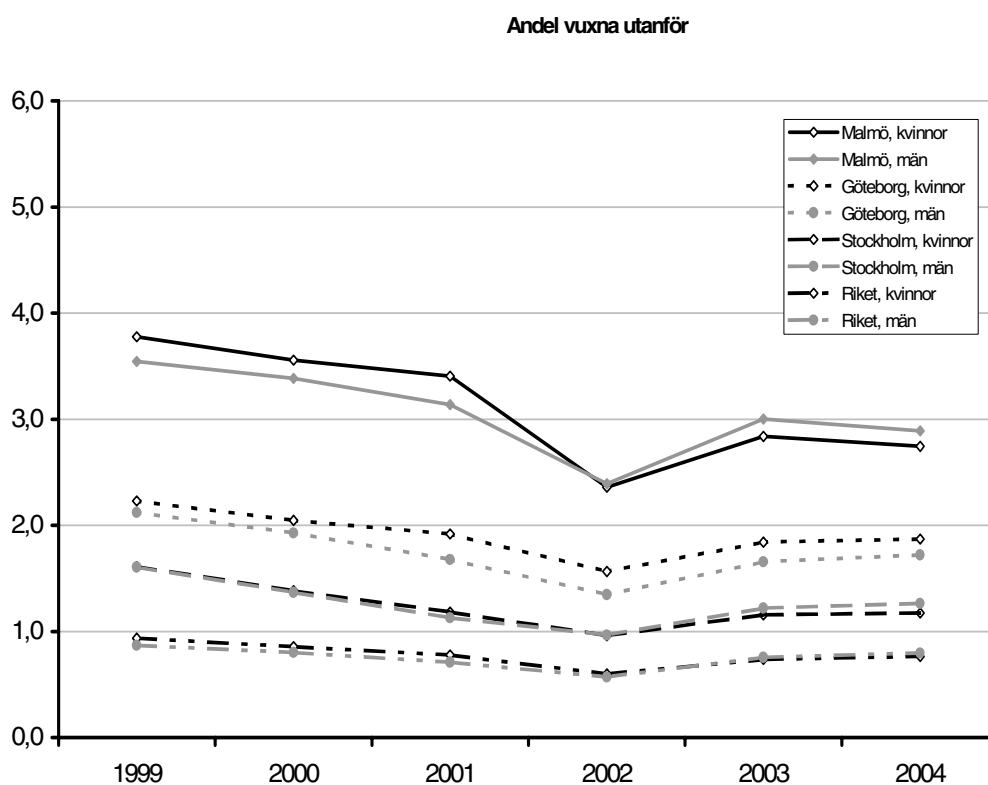
Tabell 3. »Vuxna utanför« fördelade efter ålder.

	Antal			Andel		
	Kvinnor	Män	Total	Kvinnor	Män	Total
Utrikes födda						
20-24 år	810	860	1 670	5,8	7,5	6,6
25-34 år	2 616	2 298	4 914	18,9	19,9	19,4
35-44 år	3 749	3 072	6 821	27,1	26,7	26,9
45-54 år	3 391	2 948	6 339	24,5	25,6	25,0
55-64 år	3 286	2 349	5 635	23,7	20,4	22,2
Total	13 852	11 527	25 379	100,0	100,0	100,0
Inrikes födda						
20-24 år	1 428	1 853	3 281	24,5	19,2	21,2
25-34 år	1 740	2 424	4 164	29,9	25,1	26,9
35-44 år	1 390	2 254	3 644	23,9	23,3	23,5
45-54 år	910	2 110	3 020	15,6	21,8	19,5
55-64 år	353	1 018	1 371	6,1	10,5	8,9
Total	5 821	9 659	15 480	100,0	100,0	100,0
Total						
20-24 år	2 238	2 713	4 951	11,4	12,8	12,1
25-34 år	4 356	4 722	9 078	22,1	22,3	22,2
35-44 år	5 139	5 326	10 465	26,1	25,1	25,6
45-54 år	4 301	5 058	9 359	21,9	23,9	22,9
55-64 år	3 639	3 367	7 006	18,5	15,9	17,1
Total	19 673	21 186	40 859	100,0	100,0	100,0

Källa: STATIV.

Kartläggningar i kommunerna Stockholm, Malmö, Göteborg och Karlskrona (RFV m.fl. 2004) visar samstämmigt att utrikes födda är över-representerade i gruppen nollplacerade med ekonomiskt bistånd. Barnfamiljer och ensamstående män samt ensamstående mödrar är också över-representerade i statistiken. En stor andel av bidragstagarna rapporteras ha någon form av ohälsa. Slutligen visar vår kartläggning att andelen »vuxna utanför« i storstäderna och nationellt har varit ganska stabil de senaste åren, efter att ha minskat betydligt under åren vid ingången till det nya årtusendet (diagram 1).

Diagram 1



2.4. Samband med ohälsa

Det har varit svårt att finna vetenskapliga studier om hälsan bland individerna i denna grupp. När det gäller indikatorerna i folkhälsomål två – inkomst, sysselsättning/arbetslöshet, utbildning och boende – är »vuxna utanför« per definition bland de minst privilegierade i Sverige. Indikatorerna har också dokumenterade samband med hälsoutfallen – må vara att sambanden är olika starka (FHI 2005, 2005:51). När det gäller specifikt »vuxna utanför« kan man bryta ner gruppens problematik i tre delar: fattigdom, arbetslöshet och socialt utanförskap, teman som behandlas i detta stycke. Dessa tre delar har var för sig negativa konsekvenser för hälsan, oberoende av selektionseffekt (eller »healthy worker effect«, se nedan), även om en sådan säkerligen också existerar för just denna grupp.

Orsakerna till behov av försörjningsstöd under en viss tid kan vara många, och i de allra flesta fall i Sverige är fattigdom ett tillfälligt tillstånd. Försörjningsstöd är tänkt att vara samhällets yttersta skyddsnät under en begränsad tid, och beviljas när hushållets samtliga ekonomiska tillgångar har uttömts. Den som lever på försörjningsstöd har alltså mycket knappa ekonomiska resurser. Det långvariga biståndstagandet är ofta knutet till grupper som, oberoende av konjunktursvängningar, har svårt att ta sig in på arbetsmarknaden. Långvarigt biståndstagande är till och med att betrakta

som ett direkt mått på fattigdom i Sverige enligt Socialstyrelsen (2006). Fattigdomsdefinitionen som används här är det man i makroekonomiska sammanhang brukar kalla relativ fattigdom⁴. Att den absoluta fattigdomen⁵ innebär starkt negativa konsekvenser för hälsan är det nog ingen som bestrider, men den epidemiologiska forskningen visar att även såväl relativ fattigdom som stor inkomstojämlikhet i ett samhälle, är skadlig för hälsan (FHI 2005, FHI 2005:51). De starkaste sambanden är med psykisk ohälsa, men samband har kunnat påvisas även med stressmedierad fysisk ohälsa.

Det finns en klar koppling mellan förvärvsarbete och psykiskt välbefinnande. Visserligen finns det också en selektionseffekt, »the healthy worker effect«, det vill säga att de som är friska arbetar i högre grad än de som redan är sjuka. Det säger ingenting om orsakerna till ohälsan (Rothman 2002). Denna selektionseffekt bör förvisso vägas in i att upp till 2/3 av de långvariga biståndstagarna uppger att de har problem med hälsan eller handikapp av mer varaktigt slag (RFV m.fl. 2004). Att leva på försörjningsstöd gör dock *i sig* att bidragstagaren upplever stigma och psykisk stress. Bristen på det sociala sammanhang och stöd en arbetsplats kan ge gör också att den som står utanför får nedsatt psykiskt välbefinnande och sämre självrapporterad hälsa – vilket visat sig vara en stark prediktor för sjuklighet och förtida dödlighet (Emmelin 2004). Att stå utanför innebär även mer stress som i sin tur predisponerar för en rad sjukdomar. Detta bekräftas också av Jonasson som gjort en uppföljningsstudie av långvariga socialbidragstagare på 90-talet. Sambandet mellan arbetslöshet och ohälsa kvarstår även efter att man tagit hänsyn till selektionseffekten på olika sätt (FHI 2005, 2005:51, Lindencrona et al 2006).

Hjern med flera (2004) visar i en epidemiologisk studie att indikatorer som relaterar till social utsatthet (ensamförälder-hushåll, hushåll som är försörjningsstödstagare, arbetslöshet och socioekonomisk status) bland både första och andra generationens invandrare i Sverige, förklarar en betydande andel av den högre risk för schizofreni och andra psykoser som gruppen har jämfört med svenskfödda. Detta samband kvarstår även efter att man kontrollerat för psykotisk sjukdom hos biologiska föräldrar och faktorer som är knutna till erfarenheter i ursprungslandet. Vägarna från social utsatthet till psykisk sjukdom varierar, men mekanismer som klarlagts genom forskning är bl.a. droganvändning (i synnerhet kroniskt cannabismissbruk), arbetslöshet, bristfälligt boende och fattigdom under barndomen, som leder till en internaliserad känsla av att man är missgynnad, har både sämre självkänsla och sämre psykisk hälsa i vuxen ålder. En annan mekanism som framhålls av Hjern med flera (ibid), och som diskuteras i forskning om socialt kapital och hälsa, är att många utomeuropeiska invandrare tenderar att bilda kluster i lågstatusområden i större och medelstora städer, och att kontextuella faktorer som brist på social sammanhållning och socialt stöd (med andra ord segregation) då leder till sämre psykisk hälsa. Brist på socialt kapital, mätt som valdeltagande, har i sin tur visat sig ha samband med självrapporterad otrygghet i närområdet. Där emot påpekar Fredriksson & Åslund (2005) att ansamling av en viss grupp i ett lågstatusområde i sig inte innebär någon ökad risk för bidragstagande, utan problemen uppkommer om gruppen är resurssvag. Den strukturella

⁴ Den relativa fattigdomen definieras som att man har en inkomst som ligger under en viss andel av landets medianinkomst (Sachs 2005).

⁵ Den absoluta fattigdomen definieras som en inkomst som ligger under en USA-dollar om dagen (ibid).

nivån är alltså viktig att uppmärksamma här (se även Wamala 2003, om mätning av socialt kapital på olika nivåer i samhället).

2.5. HKB av nuläget

Vi kan konstatera att bilden vi har av gruppen utrikes födda »vuxna utanför« inte är komplett. Vi saknar fortfarande kunskap om orsakerna till varför man kommer in i långvarigt biståndsberoende och stannar kvar i det, om flödet in i och ut ur gruppen, hur handläggningen av långvariga ärenden ser ut, vilka insatser som gjorts eller borde göras, bemötande av personer med olika grader av social problematik osv. Den statistik som Integrationsverket tagit fram ger oss heller inga svar på frågan, men det finns, som vi nu kan konstatera, indikationer på att ohälsa både kan vara ett skäl till och en konsekvens av att leva av försörjningsstöd under lång tid. De negativa konsekvenserna för hälsan av att leva av enbart försörjningsstöd under lång tid är dock mer klarlagda av samband som påvisats i epidemiologisk och annan aktuell forskning.

När det gäller indikatorerna under folkhälsomål två råder det knappast någon dispyt kring att utrikes födda »vuxna utanför« per definition har ogynnsamma förutsättningar. Denna bakgrund illustreras i matrisen nedan. Minustecken (-) indikerar negativa förutsättningar för hälsa och 0 indikerar att ingen bedömning kunnat göras på basis av befintligt underlag.

Målområde 2: Ekonomisk och social trygghet	Hälsokonsekvenser
Risken för ekonomisk utsatthet	-
Tillgång till bostad	-
Förutsättningar för trygghet i närmiljön	0
Möjlighet till sysselsättning	-
Tillgång till utbildning	-

För att få fram utfallet av bestämningsfaktorn tillgång till bostad hittas en indikation i en aktuell rapport från Socialstyrelsen (2006), där det framkommer att en stor andel av de bostadslösa utgörs av utrikes födda individer. Därtill vet vi att många hyresvärdar kräver fast anställning eller motsvarande av sina hyresgäster, och inte accepterar hyresgäster med socialbidrag (Boverket 2005). När det gäller bestämningsfaktorn tillgång till utbildning pekar Integrationsverkets kvantitativa kartläggning på att en betydande andel av de utrikes födda »vuxna utanför« har såväl gymnasial som eftergymnasial utbildning jämfört med de inrikes födda »vuxna utanför«. Utbildning är en faktor som både i sig själv, och via dess instrumentella funktion, har visat sig ha positiva samband med hälsa (FHI 2005). Utfallet för bestämningsfaktorn blir dock negativt, då gruppen har betydligt lägre utbildning än befolkningen som helhet.

2.6. Beskrivning och HKB av insatser

Malmö är den enda storstad som både har ett stort antal och en hög relativ andel medborgare som är utrikes födda »vuxna utanför«, men också den enda storstad där trenden tydligt har vänt neråt (se diagram 1). Försäkringskassan i samarbete med fyra stadsdelar genomförde 2003 ett projekt finansierat av storstadssatsningen. Det så kallade FK-projektet var inriktat på att åtgärda de strukturella bristerna i försäkringssystemet genom samverkan mellan de ansvariga instanserna: Försäkringskassan, AUC (Arbets- och Utvecklingscentra som är ett led i storstadspolitiken i Malmö och syftar till att öka människors möjligheter på arbetsmarknaden) och stadsdelarnas försörjningsenheter. Projektet riktade sig till människor som står utanför socialförsäkringssystemet (på grund av att de aldrig kommit in på arbetsmarknaden), är hänvisade till försörjningsstöd, och är i behov av socialförsäkringskompetens, till exempel medicinska bedömningar för arbetslivsinriktad rehabilitering eller för sjukersättning. Målsättningen har varit att 500 personer ska aktualiseras i projektet på ett år, att 60 procent av dessa ska kunna remitteras till AUC och att 40 procent ska få en bedömning av vilken ersättning som ska utgå och av möjligheter till deltagande i andra åtgärder. Samverkan skedde genom att medicinska konsultationer och/eller fördjupade utredningar av personliga resurser genomfördes för att man skulle kunna ta ställning till personernas arbetsförmåga och möjligheter att delta vid AUC (Sjöstrand & Ståhl 2003).

Projektet har utvärderats och en slutrapport skrivits 2003. Därefter har målsättningarna reviderats, bland annat för att den problematik som finns hos individer i gruppen ofta är komplex, och ytterligare förberedande åtgärder ofta kan behövas innan en individ kan remitteras till AUC. Bland annat krävs att individen ska kunna komma in i arbete eller studier inom ett år, till exempel kompletterande svenskundervisning. Många i gruppen har också så pass svår problematik att målet 60 procent visat sig vara lite väl högt ställt, men det har ändå visat sig vara viktigt att varje enskild individ kan bedömas utifrån sina förutsättningar, inte minst för att många fått rätt ersättning och deltagit i rätt åtgärder efter bedömningen.

Utvärderingen av FK-projektet utgick från frågeställningar gällande deltagarnas delaktighet, måluppfyllelse, kompetensöverföring och lönsamhet. Eftersom »facit« redan finns i projektet tillför HKB i detta fall en extra dimension till utvärderingen och synliggör hälsokonsekvenserna, snarare än att göra en prospektiv bedömning av möjliga hälsokonsekvenser. Områden med plustecken (+) indikerar frågor där det skett en förbättring som utfall av projektet. 0 innebär att utfallet inte kan bedömas på basis av underlaget, och att frågan kanske bör belysas bättre i kommande samverkansprojekt.

Målområde 2: Ekonomisk och social trygghet	Hälsokonsekvenser
Risk för ekonomisk utsatthet	+
Tillgång till bostad	0
Förutsättningar för trygghet i närmiljön	0
Möjlighet till sysselsättning	+
Tillgång till utbildning	+

Även i Göteborg finns ett stort antal utrikes födda »vuxna utanför«, men den relativa andelen av befolkningen som tillhör gruppen är inte lika hög som i Malmö.

I EQUAL-projektet Make Your Future i Göteborg (Make Your Future 2006) har man valt en annan inriktning än i FK-projektet. Det riktar sig till tre olika målgrupper: vuxna som står helt utanför arbetslivet (en stor andel av dem är »vuxna utanför« som är beroende av försörjningsstöd under lång tid), individer som är i riskzonen att slås ut från arbetslivet, men också arbetsgivare. Projektmålet är att motverka diskriminerande ohälsa. Projektet arbetar för att uppnå målet genom samarbete mellan olika parter – Göteborgs stad (den aktuella stadsdelsförvaltningen med enheten för försörjningsstöd, och park- och naturförvaltningen), ett ideellt nätverk, ett privat företag, myndigheter och den offentliga sektorn. Projektet angriper problemet från ett annat perspektiv. Man riktar sig till flera målgrupper och aktiviteterna syftar till att undanröja orsakerna till diskriminerande ohälsa i respektive målgrupp. Man vill påverka beslutsfattare – bland annat arbetsledare – att frångå diskriminerande synsätt i t.ex. rekryteringar, genom utbildningar i mångkulturellt ledarskap, konflikthantering och kommunikation. De som står utanför arbetslivet vill man stödja genom empowerment-strategi, t.ex. genom att erbjuda möjlighet att delta i strukturerade aktiviteter, att få stöd av mentorer och möjlighet att prova på arbetsliv eller studier med specialarrangemang. Man bedriver motivationsarbete och erbjuder också konsultationer med personal från till exempel Försäkringskassan och hälso- och sjukvården.

Matrisen nedan redogör för hälsokonsekvenser av empowerment-strategier enligt bestämningsfaktorer i folkhälsomål två. I en systematisk forskningsöversikt från Health Evidence Network på WHO (Wallerstein 2006) av hur effektiva empowerment-strategier är när det gäller att främja hälsa, framförs att följande faktorer är viktiga för att man ska kunna uppnå bättre hälsa när projektet riktas till marginaliserade grupper i samhället:

- att öka medborgarnas färdigheter och förbättra deras tillgång till information och resurser,
- att stärka ett kritiskt medvetande, och att bygga stödjande miljöer och en djupare känsla av samhällstillhörighet genom smågruppsaktiviteter,
- att främja samhällsengagemang genom kollektivt deltagande i beslutsprocesser och i alla faser av ett projekt – planering, implementering och utvärdering – och genom att engagera lekmän i bland annat ledarroller,
- att stärka hälsofrämjande policyer genom bland annat samarbeten mellan organisationer och genom att auktorisera deltagare till beslutsfattande positioner,
- att låta samhällsmedborgare själva definiera behoven/problemen som finns i sammanhanget och agera för att lösa dem.

Konkreta strategier som visat sig effektiva i att främja hälsan bland marginaliserade grupper är enligt Wallerstein (ibid) sådana som stödjer deltagande, främjar autonomi, auktoritet att fatta beslut, känsla av samhällstillhörighet och social anknytning. Detta är relevant när hälsokonsekvenserna för »vuxna utanför« av projektet Make Your Future nu bedöms prospektivt i en HKB-matris. + indikerar förbättrade förutsättningar för hälsa, och 0 indikerar frågor som bör belysas bättre.

Målområde 2: Ekonomisk och social trygghet	Hälsokonsekvenser
Risk för ekonomisk utsatthet	+
Tillgång till bostad	0
Förutsättningar för trygghet i närmiljön	0
Möjlighet till sysselsättning	+
Tillgång till utbildning	+

2.7. Diskussion

En jämförelse mellan dessa ovannämnda två projekt försvåras av att de sinsemellan använder olika strategier för att lösa problemet. Att det ena projektet redan genomförts och det andra fortfarande pågår bidrar också till osäkerhet i en jämförelse.

Båda projekten har sina respektive för- och nackdelar. FK-projektets främsta styrka är att det var en samverkan mellan sakmyndigheterna, och att det därför blev möjligt att systematiskt remittera individerna i målgruppen till projektet. En annan fördel var att FK-projektet adresserade grundproblemet, det vill säga systemfelet som gör att många utrikes födda vuxna inte blir prövade för sjuk- eller aktivitetsersättning, och/eller får sin arbetsförmåga bedömd. Deltagarna i projektet fick tillgång till rätt kompetens. Utvärderingen visar också att en betydande andel av individerna i målgruppen kunde föras över till sjukpenning och till AUC. Ytterligare en fördel var anknytningen till en mer långsiktig integrationsinsats (Storstadssatsningen via AUC), vilket möjliggjorde en fortsatt process för de individer som omfattats av FK-projektet och som förts över till AUC. Utvärderingen visar också på en hög andel deltagare som upplevt projektet som positivt. Dessa fördelar innebär sammantaget förbättrade förutsättningar för hälsa relaterat till bestämningsfaktorerna risk för ekonomisk utsatthet, möjlighet till sysselsättning, och tillgång till utbildning. För dem som kommer in i arbetslivet kan det på sikt även innebära bättre förutsättningar för tillgång till bostad.

EQUAL-projektet Make Your Future riktar in sig på att stärka deltagarnas egenmakt, vilket enligt forskningen (se ovan) också är ett effektivt sätt att främja hälsan. Projektets främsta styrka är att det riktar in sig på att minska diskrimineringen – både genom att öka deltagarnas möjlighet till utbildning och tillgång till sysselsättning och genom att öka arbetsgivarsidans mångfaldskompetens. Genom att deltagarna deltar i gruppaktiviteter och i aktivt motivationsarbete, och genom att de tack vare projektet får möjlighet att knyta kontakter med såväl arbetsgivare och utbildningsanordnare som olika yrkesgrupper som de behöver konsultera (till exempel dietist, läkare, och handläggare från Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen) samt till varandra, uppfylls flera av de viktiga faktorerna för ett effektivt empowerment-arbete enligt WHO (Wallerstein 2006). Svenska studier har också visat att känsla av social samhörighet hänger ihop med känsla av trygghet i närområdet (Lindström et al, FHI 2005:2). Tillgången

till bostad kan även här förbättras på längre sikt för dem som kommer in i arbetslivet. Make Your Future skiljer sig dock väsentligt från FK-projektet i det att empowerment-strategier stärker även socialt kapital och social delaktighet, vilka tillsammans med diskriminering är bestämningsfaktorer under folkhälsomål ett, Delaktighet och inflytande i samhället. Vid en lyckad empowerment-satsning blir resultaten också mer hållbara – de blir inte beroende av aktörer i ett projekt med tillfällig natur.

Avslutningsvis kan det konstateras att en insats som riktas till gruppen »vuxna utanför« i syfte att förbättra dess villkor – i alla fall teoretiskt – alltid har möjlighet att förbättra utfallen under folkhälsomål två, för åtminstone en del individer i gruppen, just på grund av det svaga utgångsläget. Det HKB-analyserna här tillför är ett synliggörande av vad som i forskning och praktik visat sig vara effektivt, och av aspekter som är viktiga att belysa mera.

3. Nyanländas bosättning

3.1. Bakgrund

Med termen »nyanlända« avses i denna rapport personer som fick permanent uppehållstillstånd (PUT) 2002, och som omfattades av ersättningsförordningen. De har då kommit via Migrationsverkets system som asylsökande eller som anhöriga som kommit inom två år efter att den första personen beviljats permanent uppehållstillstånd (»anknytningsfall«). Till denna grupp inkluderas också kvotflyktingar. Samtliga har rätt till introduktionsersättning samt till kostnadsfria introduktionsinsatser och svenskundervisning för invandrare (SFI). Dessa personer erbjuds också bostad och introduktionsplats i de mottagande kommunerna. Många väljer dock att bo kvar i eget boende (EBO) som de valt redan under asyltiden, ofta i storstäderna. Ifrågavarande kommun har då skyldighet att anordna introduktionsplats för den nyanlända. De som omfattas av ersättningsförordningen är bara en del av alla nyanlända. Det finns även nyanlända som fått permanent uppehållstillstånd men som inte omfattas av ersättningsförordningen. Skälet kan då vara till exempel arbetskraftsinvandring, kärleksinvandring och anhöriginvandring. Dessa nyanlända har rätt till SFI. I denna rapport avgränsar vi gruppen nyanlända till dem som omfattas av ersättningsförordningen, eftersom fokus ligger på en uppföljning av introduktionen.

Den första juli 1994 antog riksdagen regeringens proposition om en förändring av det tidigare bosättningsystemet för invandrare. Den nya lagen, lagen om mottagning av asylsökande (LMA), gjorde det möjligt för asylsökande att själva ordna med sitt boende (eget boende, EBO) hos släkt och vänner och på så sätt ha större frihet att välja var de ville bosätta sig.

Sedan första juli 1994 har personer som fått permanent uppehållstillstånd alltså kunnat välja mellan att bo kvar på de orter där de haft EBO under asyltiden (vanligen storstäderna), och att acceptera kommunplacering och introduktionsplats via Integrationsverkets försorg (vanligen långt borta från storstäderna). Nästan hälften av alla asylsökande väljer EBO under asyltiden, och av dem väljer en stor andel att bo i storstäderna. En ökad koncentration av nyanlända i storstädernas invandratäta områden, i kombination med ökad asylinvandring och ökande bostadsbrist, har lett till allt större problem (Integrationsverket 2003:03).

Det tidigare bosättningsystemet har i efterhand kommit att kallas »Hela Sverige-strategin«. Den gällde från och med mitten av 1980-talet och fram till att lagen om mottagning av asylsökande trädde i kraft 1994 och hade också sina begränsningar. På den tiden placerade Statens Invandrarverk samtliga asylsökande, för att minska koncentrationen av invandrare i storstädernas förorter. En utvärdering från IFAU (Edin et al 2004) har visat att denna bosättningspolicy, kombinerad med en ökad asylinvandring från slutet av 1980-talet, ledde till ökad arbetslöshet och bidragsberoende bland utrikes födda, jämfört med den tidigare arbetsmarknadsbetonade bosättningspolicy.

Enligt Integrationsverkets rapporter och handläggarundersökningar (2004:01, 2005:01, 2006:03) har integrationspolitikens betoning på individualisering och samverkan haft svårt att få genomslag i praktiken. Intro-

duktionen bygger på en central tanke om delaktighet och är starkt inriktad på arbete och egenförsörjning. Detta har inneburit problem för vissa grupper – speciellt för dem med funktionshinder eller annan form av ohälsa (se även Andersson & Berglund, 2005). Genomgående är också att kvinnor får en sämre introduktion än män, med färre insatser och färre arbetsmarknadskontakter. En intervjuundersökning (2006:03) pekar på att det bland tjänstemännen verkar finnas stereotypa bedömningar av traditionella könsroller. Andra förklaringar som lyfts fram i undersökningen är att det inte funnits praktiska förutsättningar i kommunerna för att individualisera och anpassa introduktionen efter dessa personers behov. Bland annat finns det behov av mer tid för vissa grupper, och av mer resurser som till exempel tillgång till boende, praktik och arbete för de nyanlända. Detta ökar risken för exkludering av individer och grupper som har behov av stöd. Alltför få får sina utbildningar validerade. Dessutom behöver samverkan med Arbetsförmedlingen fortfarande förbättras, och man kan konstatera att samverkan över kommungränserna förekommer i mycket låg grad. I Integrationsverkets rapporter förefaller det som att den nyanländas möjlighet att lyckas i introduktionen är delvis beroende av dels individuella handläggares kontaktnät och initiativ, dels av hur bosättningskommunen prioriterar och fördelar resurser. Ohälsa har i flera handläggarundersökningar pekats ut som den vanligaste orsaken som hindrar nyanlända från att delta aktivt i introduktionen och fullfölja den. Härav uppkommer frågan: Påverkas de nyanländas sociala och ekonomiska trygghet, och därmed några av de viktigaste förutsättningarna för en god hälsa, av vilken typ av ort de bosätter sig i under introduktionstiden, och i så fall hur? Skiljer sig resultaten av introduktionen åt mellan de olika kommuntyperna?

3.2. Syfte och problemformulering

Syftet med HKB av bosättningsssystemet är att tillföra ett mer uttalat folkhälsoperspektiv i diskussionen om bosättningsstrategier, och att genom detta på sikt lägga grunden till en framtida utveckling av bosättningsssystemet.

Populationen nyanlända år 2002 har valts ut för att se om, och i så fall hur, valet av kommuntyp under introduktionstiden påverkar den enskildes introduktion ur folkhälsosynpunkt, visavi bestämningsfaktorer under folkhälsomål två.

3.3. Kvantitativ kartläggning

Under kalenderåret 2002 fick totalt 7 694 personer i åldern 20-64 år permanent uppehållstillstånd i Sverige. Av dessa folkbokfördes 1 864 i storstäderna, 316 i pendlingskommunerna, 429 i varuproducerande kommuner, samt 5 085 i övriga kommuner som inkluderar förortskommuner, glesbygdskommuner, större städer och övriga kommuner, alla storlekar (se bilaga 1). Det är dessa individer som kartläggningen omfattar fram till 2005, då de flesta avslutar sin introduktionsperiod efter två års tid. I följande avsnitt redovisas en kunskapssammanställning om nyanländas hälsa avseende indikatorer under folkhälsomål två. Därefter följer en redovisning av HKB av bosättningen.

3.4. Samband med ohälsa

Den statistik som finns tillgänglig om de nyanlända, introduktion och hälsa, är i dag begränsad, på grund av att ett nationellt uppföljningssystem ännu inte kunnat tas i bruk. Därför redovisas här ett urval relevanta fynd från Integrationsverkets egna publikationer, samt från aktuell forskning.

Hur påverkar valet av kommuntyp risken för ekonomisk utsatthet och möjligheten till sysselsättning?

Lindencrona med flera (2006) skriver i en kunskapsöversikt att det generellt råder en ojämlikhet mellan inrikes och utrikes födda med avseende på alla rapporterade ekonomiska variabler, till exempel disponibel inkomst under socialbidragsnormen och levnadsstandard, där läget genomgående är sämre för personer födda utanför Sverige. Arbetslivet i sig innebär många fördelar för hälsan (FHI 2005, 2005:51) – man får inkomst, man ingår i ett socialt sammanhang, deltar i samhällslivet, och upplever känsla av meningsfullhet. Ur detta perspektiv är det synnerligen oroande att över 50 procent av de utrikes födda männen och över 60 procent av de utrikes födda kvinnorna fortfarande saknar arbete efter fem år i Sverige (Integrationsverket 2006).

När »Hela Sverige-strategin« utvärderades med avseende på invandrarernas ekonomiska trygghet (Edin et al) fann man att arbetslösheten och bidragsberoendet ökade med en tredjedel respektive med nästan 50 procent. Detta är föga förvånande, eftersom »Hela Sverige-strategin« i praktiken innebar att de nyanlända stadigvarande placerades i olika kommuner. Många glesbygdskommuner och mindre orter har ju hög arbetslöshet, och till följd av detta, hög utflyttning. Går vi tillbaka till vår kvantitativa kartläggning av »vuxna utanför« kan vi se att en stor andel av dem bor i storstäderna. Men även mindre orter är hårt drabbade när man jämför andelen utrikes med inrikes födda bland försörjningsstödstagarna, och med den totala befolkningen på orten (tabell 4).

Tabell 4. Andel »vuxna utanför« per kommun, de 20 kommunerna med högst andel »vuxna utanför« bland utrikes födda.

	Utrikes födda			Inrikes födda			Kvot (utrikes/inrikes)		
	Kvinnor	Män	Total	Kvinnor	Män	Total	Kvinnor	Män	Total
Hela landet	3,4	3,0	3,2	0,3	0,4	0,3	12,9	7,1	9,3
Högsby ^a	8,5	7,0	7,8	0,2	0,5	0,3	38,3	15,1	22,2
Landskrona	7,6	7,7	7,6	0,5	0,9	0,7	14,6	8,5	10,7
Malmö	7,4	6,8	7,1	0,7	1,1	0,9	11,1	6,1	8,0
Kil	5,5	7,2	6,3	0,2	0,2	0,2	28,1	28,9	28,3
Trelleborg	7,1	4,6	5,8	0,4	0,4	0,4	16,4	12,0	14,3
Tomelilla	6,3	4,4	5,4	0,3	0,3	0,3	19,6	14,5	17,5
Örebro	5,8	4,8	5,3	0,4	0,7	0,5	15,0	7,3	10,1
Lycksele	5,6	5,0	5,3	0,2	0,4	0,3	22,5	12,8	16,6
Göteborg	6,0	4,6	5,3	0,6	0,8	0,7	10,5	5,7	7,6
Hörby	3,8	6,8	5,2	0,4	0,5	0,5	10,4	12,4	11,2
Falköping	5,7	4,5	5,1	0,2	0,3	0,3	27,2	13,2	18,5
Aneby ^a	6,1	4,0	5,1	0,2	0,4	0,3	24,5	9,8	15,4
Linköping	5,4	4,4	4,9	0,3	0,6	0,5	16,2	7,3	10,3
Norrköping	5,4	4,3	4,9	0,4	0,7	0,6	13,6	6,0	8,7
Mjölby	5,9	3,7	4,9	0,4	0,8	0,6	15,2	4,7	8,1
Karlskrona	5,6	4,2	4,8	0,2	0,4	0,3	30,1	10,9	16,9
Motala	6,2	3,4	4,8	0,5	0,8	0,6	12,4	4,4	7,6
Örnsköldsvik	4,0	5,9	4,8	0,2	0,3	0,3	19,9	17,2	17,5
Nora	4,9	4,7	4,8	0,2	0,1	0,2	21,5	31,8	25,7
Katrineholm	4,8	4,6	4,7	0,4	0,5	0,5	11,2	8,9	9,9

^a Notera att för små kommuner är antalet »vuxna utanför« lågt (n<50).

Källa: STATIV

Andersson (2004) har gjort en heltäckande kvantitativ studie av individer som har valt att flytta ut från storstäderna till förorter, större städer eller övriga kommuner under åren 1990-1995 respektive 1995-2000. Studien visar att sysselsättningsläget för alla kategorier av invandrare, men särskilt nyanlända i åldersgruppen 25-44 år, som valde att flytta ut ur storstäderna, i slutet på 1990-talet förbättrades jämfört med dem som stannade kvar. Detta åtföljdes av minskad arbetslöshet och ökad arbetsinkomst, särskilt för dem som flyttat till kategorin »övriga kommuner« (ej förorter och större städer). För de nyanlända var den positiva utvecklingen starkast för dem som flyttat till Stockholms förortskommuner. Detta tolkas av Andersson (ibid) som att de nyinvandrade i familjebildande ålder och som nått framgångar, lämnar storstaden för ett förortsboende. Det bör påpekas att de som valt att flytta ut från storstäderna var få jämfört med dem som valt att stanna kvar. De var i högre grad ensamstående och nyinflyttade, med svag arbetsmarknadsförankring före utflyttningen.

När det gäller den kohort som fick permanent uppehållstillstånd 2002, går det att skönja vissa tendenser över tid. Sysselsättningen och därmed inkomsten ökar sakta bland de nyanlända (tabell 5). Det kan synas paradoxalt att även arbetslösheten ökar på motsvarande sätt (tabell 6), men det handlar om övergången från introduktionsersättning till andra typer av ersättningar om man inte är sysselsatt. Generellt är män sysselsatta eller arbetssökande i högre grad än kvinnor. Ökningen av andelen sysselsatta, men även andelen arbetslösa är högst i de varuproducerande kommunerna.

Den kraftigt ökade andelen försörjningsstödstagare efter introduktionsperiodens ersättning i alla kommuntyper med undantag av varuproducerande kommuner, särskilt bland kvinnor, är oroande (tabell 7a, b, c). Riskerar dessa nyanlända bli långvarigt beroende av försörjningsstöd?

Tabell 5. Nyanlända som omfattades av ersättningsförordningen 2002, andel sysselsatta 2003 och 2004.

	Storstäder	Pendlings-kommuner	Varupro-ducerande kommuner	Övriga kommuner	Hela landet
2003					
Kvinnor	5,8	3,0	5,5	4,3	4,7
Män	11,3	9,9	8,9	11,2	11,0
Total	8,9	6,8	7,5	8,0	8,1
2004					
Kvinnor	7,2	9,0	13,2	8,2	8,3
Män	17,6	22,0	24,0	21,4	20,6
Total	13,1	15,8	19,5	15,3	15,0

Källa: STATIV

Tabell 6. Nyanlända som omfattades av ersättningsförordningen 2002, andel arbetslösa 2003-2005.

	Storstäder	Pendlings-kommuner	Varupro-ducerande kommuner	Övriga kommuner	Total
2003					
Kvinnor	3,4	2,3	6,1	3,2	3,3
Män	4,9	5,0	7,2	6,7	6,2
Total	4,3	3,8	6,8	5,1	4,9
2004					
Kvinnor	4,0	7,6	8,8	6,0	5,7
Män	10,4	10,7	14,2	11,4	11,3
Total	7,6	9,2	12,0	8,9	8,8
2005					
Kvinnor	5,9	5,1	9,4	9,1	8,2
Män	13,9	18,5	18,1	17,8	16,8
Total	10,4	12,2	14,7	13,8	12,9

Källa: STATIV

Tabell 7a. Nyanlända som omfattades av ersättningsförordningen 2002, fördelning efter bidragstyp 2003-05, kvinnor.

	Storstäder	Pendlings- kommuner	Varupro- ducerande kommuner	Övriga kommuner	Total
2003					
Enbart soc.bidr.	17,7	41,7	62,0	30,3	29,4
Enbart introduktioners.	47,9	31,1	20,2	33,3	35,9
Både soc.bidr. & introduktioners.	27,7	19,7	12,9	31,7	29,4
Ingår ej i Soc.bidragsreg 2003	6,7	7,6	4,9	4,7	5,3
2004					
Enbart soc.bidr.	37,4	37,9	51,6	32,5	34,8
Enbart introduktioners.	19,1	18,6	14,5	21,8	20,7
Både soc.bidr. & introduktioners.	33,2	29,7	19,5	36,7	34,8
Ingår ej i Soc.bidragsreg 2003	10,3	13,8	14,5	8,9	9,7
2005					
Enbart soc.bidr.	66,6	52,6	45,6	59,0	60,1
Enbart introduktioners.	4,5	7,3	10,1	7,8	7,1
Både soc.bidr. & introduktioners.	11,5	17,5	19,5	15,1	14,5
Ingår ej i Soc.bidragsreg 2003	17,4	22,6	24,8	18,1	18,4

Källa: STATIV

Tabell 7b. Nyanlända som omfattades av ersättningsförordningen 2002, fördelning efter bidragstyp 2003-05, män.

	Storstäder	Pendlings- kommuner	Varupro- ducerande kommuner	Övriga kommuner	Total
2003					
Enbart soc.bidr.	7,9	39,1	58,6	23,0	22,0
Enbart introduktioners.	57,6	41,0	22,8	38,8	42,7
Både soc.bidr. & introduktioners.	26,7	13,0	15,2	30,9	28,1
Ingår ej i Soc.bidragsreg 2003	7,7	6,8	3,4	7,3	7,2
2004					
Enbart soc.bidr.	22,7	33,3	48,9	24,1	25,4
Enbart introduktioners.	25,2	25,2	16,4	26,7	25,7
Både soc.bidr. & introduktioners.	37,6	25,2	21,3	35,9	35,1
Ingår ej i Soc.bidragsreg 2003	14,5	16,4	13,3	13,3	13,7
2005					
Enbart soc.bidr.	54,7	47,1	46,0	45,0	47,8
Enbart introduktioners.	6,8	6,4	11,9	9,7	8,9
Både soc.bidr. & introduktioners.	14,1	20,4	15,9	20,3	18,4
Ingår ej i Soc.bidragsreg 2003	24,4	26,1	26,1	25,0	24,9

Källa: STATIV

Tabell 7c. Nyanlända som omfattades av ersättningsförordningen 2002, fördelning efter bidragstyp 2003-05, alla.

	Storstäder	Pendlings- Kommuner	Varupro- ducerande kommuner	Övriga kommuner	Total
2003					
Enbart soc.bidr.	12,2	40,3	60,0	26,4	25,4
Enbart introduktioners.	53,4	36,5	21,8	36,2	39,6
Både soc.bidr. & introduktioners.	27,1	16,0	14,3	31,3	28,7
Ingår ej i Soc.bidragreg 2003	7,3	7,2	4,0	6,1	6,3
2004					
Enbart soc.bidr.	29,0	35,5	50,0	28,0	29,7
Enbart introduktioners.	22,6	22,0	15,6	24,5	23,4
Både soc.bidr. & introduktioners.	35,7	27,3	20,6	36,3	35,0
Ingår ej i Soc.bidragreg 2003	12,7	15,1	13,8	11,3	11,9
2005					
Enbart soc.bidr.	59,9	49,7	45,9	51,4	53,3
Enbart introduktioners.	5,8	6,8	11,2	8,8	8,1
Både soc.bidr. & introduktioners.	13,0	19,0	17,3	17,9	16,6
Ingår ej i Soc.bidragreg 2003	21,3	24,5	25,6	21,8	22,0

Källa: STATIV

Hur påverkar valet av kommuntyp tillgången till bostad och bostadsutrymme?

Boendet i sig är en grundläggande förutsättning för en god hälsa. En kunskapssammanställning från Folkhälsoinstitutet (2005:51) redogör för sambanden mellan hälsa, tillgång till bostad och bostadsutrymme. Förmågan att klara månatliga boendekostnader har samband med både den psykiska och fysiska självskattade hälsan. Bostadsbrist och osäkra boendesituationer för ekonomiskt resurssvaga grupper (som nyanlända ofta tillhör på grund av att de inte hunnit etablera sig på arbetsmarknaden) innebär också ett hot mot hälsan. De små marginalerna leder till stress och gör hushållen sårbara för inkomstbortfall, vilket ytterligare ökar risken för social utslagning. När det gäller trångboddhet finns det evidens för ogynnsamma effekter på hälsan av extrem trångboddhet, vilket definieras som fler än två personer per rum, köket oräknat. Konsekvenser som påvisats för hälsan av extrem trångboddhet är både fysiska hälsoproblem, som till exempel sömnbrist, stress och besvär med luftvägarna på grund av dålig inomhusluft, och sociala hälsoproblem som ansträngda relationer samt skolproblem och antisocialt beteende bland ungdomar som inte har eget utrymme hemma och som därmed saknar lugn och ro för läsläsning där (ibid). Extrem trångboddhet förekommer i så kallade invandrantäta bostadsområden med många flerbarnsfamiljer. En rapport från Boverket (2006) bekräftar också att trångboddhet är betydligt vanligare bland utrikes födda än bland inrikes födda. Rapporten påpekar att trångboddheten är relaterad till de utrikes föddas svaga etablering på arbetsmarknaden. Trångboddhet enligt SCB:s definition (norm 3, vilket innebär att varje barn och ensamstående vuxen ska ha ett eget rum, kök och ett rum oräknade för att inte klassas som trångbodd) är betydligt vanligare bland utrikes födda i Sverige än bland inrikes födda, men evidensen för att den har någon konsekvens för hälsan är begränsad.

I Integrationsverkets utvärdering av Stockholmsprojektet (2003:03) har man i de kvalitativa utfallen (baserade på intervjuer) kunnat påvisa att boendet varit en av de faktorer som haft en negativ inverkan på introduktionen för nyanlända i Stockholm. De har bott i eget boende, varit trångbodda, känt sig oönskade av värdfamiljerna och flyttat runt mycket. De som valt att bo kvar i Stockholm rapporterar oro för sina barn, som känner sig otrygga p.g.a. avsaknaden av en fast punkt, och som har svårigheter att koncentrera sig på läsläsning p.g.a. avsaknaden av eget rum. Det är inte heller ovanligt att man tvingas flytta flera gånger, och att man därigenom får bekymmer med långa avstånd till SFI:n eller barnens skola/förskola. Föräldrarnas oro och frustration påverkar också barnen på ett negativt sätt. Bland annat redogörs det för relationskonflikter inom hushållet p.g.a. den stress som den problematiska bostadssituationen medför. De som flyttat till samarbetskommunerna inom Stockholmsprojektet rapporterar däremot betydligt större tillfredsställelse med sin bostadssituation. Stressen som ett otryggt boende medför har minskat. De har sluppit långa väntetider p.g.a. bostadsbrist och har fått tillgång till eget boende i stället för att vara inneboende. De är mycket mindre trångbodda och det är mindre vanligt att de bor i bostadssegregerade områden. Man är också mycket nöjd med barnens utveckling och skolgång. Skolmiljöerna är mer integrerade än i Stockholm, och barnen har oftare egna rum så att de kan göra sina läxor i lugn och ro.

När det gäller boende visar Anderssons (2003) studie tydligt att de som flyttat ut från storstäderna i lägre grad bor i »svenskglesa« områden efter flytten. Dessutom flyttar fler bort från allmännyttan till bostadsrätt eller äganderätt vid flytt till förorter eller övriga kommuner. Vid flytt till större städer är det inte lika många som flyttar bort från allmännyttan. Studien visar också att barn som flyttat ut från storstadsregionerna klarade sig relativt sett bättre i skolan.

I kartläggningen av de nyanlända 2002 syns inte så mycket av denna förändring. De flesta bor ännu under 2004 kvar i allmännyttan, men en liten minskning av andelen som bor i hyresrätt kan skönjas bland dem som bor i pendlingskommuner.

Påverkar valet av kommuntyp utfallet av introduktionen/SFI:n?

En kunskapsöversikt epidemiologisk forskning från Folkhälsoinstitutet (FHI 2005:51) visar att det finns samband mellan låg utbildningsnivå och ökad ohälsa samt ökad dödlighetsrisk. Lågutbildade lider oftare av ohälsa i form av bland annat muskuloskeletal besvär och psykiska problem än högutbildade. Skillnaderna är störst mellan de som har förgymnasial och de som har eftergymnasial utbildning, och forskningen tyder på att dödlighetsrisken minskar ju högre utbildning man har. Det har diskuterats huruvida det är utbildningsnivån i sig eller dess instrumentella värde som bidrar till en bättre hälsa. Forskningen visar dock att det senare är en viktig förklaring, det vill säga att de samhälleliga fördelarna som man får del av genom bättre arbete och högre lön, i sin tur skapar bättre förutsättningar för en god hälsa.

Integrationsverkets rapporter (2006, 2004, 2004:01) visar, trots den höga andelen utrikes födda som har högre utbildningsnivå, att det är väldigt få som får sin yrkeskompetens eller utbildning validerad. När det sker, kan det innebära en nedvärdering av kompetens. Rapporterna visar också, att oproportionerligt många utrikes födda akademiker går i grundläggande utbildning under lång tid, att en stor andel deltagare i SFI inte får godkänt,

och att väldigt få kommer in i arbetslivet tidigt – detta gäller inte minst akademikerna. Det finns alltså skäl att tänka kritiskt på huruvida utbildningsnivå säger något om hälsan relaterat till denna bestämningsfaktor bland utrikes födda, och i synnerhet de nyanlända, eftersom vi vet att det finns svårigheter för utrikes födda att etablera sig på den svenska arbetsmarknaden oavsett utbildningsbakgrund. Dessutom vet vi att skillnaderna i sysselsättningsgrad är störst när man jämför utrikes med inrikes födda akademiker och att förhållandevis många utrikes födda i gruppen »vuxna utanför« har hög utbildningsnivå. För att få en mer sanningsenlig bild föreslår Törnell (2003) mätning av utbildningsnivå i kombination med svensk-kunskaper (andel godkända elever från SFI/elever med utländsk bakgrund med godkänt i svenska), eftersom dessa är nyckeln till att man ska kunna utnyttja sin utbildning och/eller komma i åtnjutande av högre utbildning. Törnell föreslår därtill att man ska följa upp andel sysselsatta och arbetslösa, också i relation till utbildningsnivå.

När det gäller utbildning kan generellt sägas att utrikes födda i Sverige har samma utbildningsnivå som inrikes födda. På gruppnivå kan vi dock se variationer: utrikes födda kvinnor har lägre utbildningsnivå än inrikes födda kvinnor, och såväl andelen lågutbildade som andelen högutbildade utrikes födda män är högre än motsvarande andelar av inrikes födda män (FHI 2005:51). I den kvantitativa kartläggningen av de som fick PUT år 2002 kan vi också se att fördelningen av utbildningsnivåerna inte uppvisar några större variationer mellan kommuntyperna. Att ha tillräckliga svensk-kunskaper (godkänd i SFI) betraktas ofta som nyckeln till att få användning av sin utländska utbildning, eller till att komma i åtnjutande av högre utbildning (Törnell 2003). Vår kartläggning visar att kvinnor ingår i SFI i lägre grad än männen. Den visar också att SFI-studenter i storstäder betydligt oftare får betyget ej godkänt, avbryter eller avslutar studierna. I de andra kommuntyperna får de tidigare och oftare godkänt (tabell 9). Pendlingskommunerna utmärker sig genom att både ha en relativt hög andel godkända studenter och en låg andel som fått ej godkänt, avbrutit eller avslutat.

Tabell 8. Nyanlända som omfattades av ersättningsförordningen 2002, SFI utfall 2003-04.

	Storstäder	Pendlings- kommuner	Varupro- ducerande kommuner	Övriga kommuner	Total
2003 Kvinnor (n=3262)					
Godkänd	8,2	21,2	31,3	18,9	17,1
Ej godkänd/avbrutit/avslutat	22,2	5,3	9,2	13,8	15,2
Uppgift saknas	36,4	37,1	29,4	37,5	36,8
Ingår ej i SFI 2004	33,2	36,4	30,1	29,8	30,9
Män (n=3938)					
Godkänd	12,4	30,4	29,1	22,7	20,8
Ej godkänd/avbrutit/avslutat	26,4	13,7	16,9	15,9	18,5
Uppgift saknas	42,1	33,5	32,9	37,7	38,4
Ingår ej i SFI 2004	19,2	22,4	21,1	23,7	22,3
Total (n=7201)					
Godkänd	10,6	26,3	30,0	20,9	19,1
Ej godkänd/avbrutit/avslutat	24,5	9,9	13,8	14,9	17,0
Uppgift saknas	39,6	35,2	31,5	37,6	37,7
Ingår ej i SFI 2004	25,3	28,7	24,8	26,5	26,2
2004 Kvinnor (n=3381)					
Godkänd	9,7	24,1	18,2	18,8	16,8
Ej godkänd/avbrutit/avslutat	18,3	10,3	10,1	12,1	13,4
Uppgift saknas	27,1	18,6	22,0	21,9	23,0
Ingår ej i SFI 2004	44,9	46,9	49,7	47,3	46,8
Män (n=4081)					
Godkänd	14,1	22,6	17,8	18,8	17,7
Ej godkänd/avbrutit/avslutat	21,9	7,5	16,9	14,6	16,3
Uppgift saknas	27,5	19,5	17,8	18,6	20,9
Ingår ej i SFI 2004	36,5	50,3	47,6	48,0	45,1
Total (n=7464)					
Godkänd	12,2	23,4	18,0	18,8	17,3
Ej godkänd/avbrutit/avslutat	20,4	8,9	14,1	13,4	15,0
Uppgift saknas	27,3	19,1	19,5	20,1	21,8
Ingår ej i SFI 2004	40,1	48,7	48,4	47,7	45,9

Källa: STATIV.

Avslutningsvis kan alltså konstateras att valet av kommuntyp är en av de faktorer som påverkar utfallen under denna bestämningsfaktor. Vad det beror på är oklart, men litteratursammanställningen pekar på att man i högre grad bor trångbott i svenskglea områden i storstäderna, och därmed får färre tillfällen att praktisera sin svenska. De vanligaste orsakerna till att man avbryter eller inte ens påbörjar sin SFI rapporteras vara ohälsorelaterade problem, problem som uppkommer av trångboddheten, och oro för/väntan på anhöriga (Integrationsverket 2003:03, 2004:01).

3.5. HKB av nuläget

I matrisen nedan redogörs för de hälsokonsekvenser som av underlaget kunnat identifieras, relaterat till typ av bosättningskommun. + (plustecken) innebär positiva förutsättningar för hälsa relaterat till bestämningsfaktorn, - (minustecken) innebär negativa förutsättningar, och 0 att förutsättningarna för hälsan i nuläget, på basis av det underlagsmaterial vi har för handen, inte kan bedömas.

Målområde 2: Ekonomisk och social trygghet	Hälsokonsekvenser Storstäder	Hälsokonsekvenser Pendlingskommuner	Hälsokonsekvenser Varuproducentkommuner	Hälsokonsekvenser Övriga kommuner
Risk för ekonomisk utsatthet	-	-	-	-
Tillgång till bostad	-	+	+	+
Förutsättningar för trygghet i närmiljön	0	0	0	0
Möjlighet till sysselsättning	0	0	0	0
Tillgång till utbildning	0	0	0	0

3.6. Osäkerhet i bedömningarna

Bedömningarna av hälsokonsekvenser kan i detta skede inte slutföras. Det föreligger av flera skäl för mycket osäkerhet i bedömningarna. Eftersom varken HKB eller utvärderingar med folkhälsovetenskaplig frågeställning tidigare har genomförts i Integrationsverkets verksamhetsområde, finns det för lite kunskap om hur just dessa insatser (som till exempel bosättning i olika kommuntyper) påverkar hälsan. Risken för sammanblandning av effekter (»confounding«, se Rothman 2002) är överhängande. Vi vet inte om det är typ av bosättningskommun eller någon annan faktor, till exempel kön eller ålder, eller någon okänd faktor, till exempel andel som studerar, som ger utfallen under bestämningsfaktorerna. Mer data behövs om populationen, och fler analyser måste göras för att minska risken för sammanblandning av effekter. När sådana kontroller har gjorts finns det tre alternativa sätt att bygga vidare på denna analys, vilka i alla fall i nuläget skulle ge sinsemellan olika utfall:

- att följa kohorten över tid och se om skillnaderna mellan kommuntyperna ökar eller minskar
- att jämföra utrikes med inrikes födda i de olika kommuntyperna och se om skillnaderna ökar eller minskar mellan grupperna över tid
- att jämföra nyanlända som placerats i storstäderna med nyanlända som placerats i de andra kommuntyperna och se om skillnaderna ökar eller minskar över tid

4. Erfarenheter och förslag

4.1. Bakgrund

Hälsa är en av de aspekter som man måste ta hänsyn till för att optimera möjligheterna till en bra introduktion. Bosättning är ett annat delområde i Integrationsverkets verksamhet som har en central roll beträffande den enskildes möjlighet till en bra introduktion i Sverige. Utan en fungerande bosättning finns det risk för att enskilda personer inte får en introduktionsplats, där han eller hon får de verktyg som behövs för en etablering i Sverige. En fungerande bosättning är således en förutsättning för att uppnå de integrationspolitiska målen.

Hur är det möjligt att genom HKB utveckla bosättningsarbetet i en riktning där större hänsyn tas till den enskildas hälsa? Mot bakgrund av att det nuvarande målet med introduktionen är egenförsörjning blir denna fråga extra intressant. Detta då det finns tendenser som pekar på att detta mål är absolut, utan större hänsyn till de omständigheter som råder hos den enskilda individen avseende hälsan. Det finns dock ingen motsättning mellan ett folkhälsoperspektiv och arbetslinjen. Hälsan är snarare en förutsättning för att arbetslinjen ska kunna råda. Mot bakgrund av detta är det centralt att påvisa olika möjligheter att ta hänsyn till hälsan inom ramen för nuvarande och framtida bosättningsstrategier..

Integrationsverkets handläggarundersökningar (2004:01 och 2006:03), och även övriga rapporter (2003:03 och 2003:09), pekar på att de nyanländas skäl för att välja bostadsort varierar. Vanliga skäl är tillgång till arbete, skola och förskola för barnen, samt till vård. Handläggare framhåller i högre grad närhet till släkt och vänner som grund för nyanländas val av bosättningsort. Trots erbjudanden och information har det visat sig vara svårt för nyanlända att vilja flytta ut ur storstadsområdena (i synnerhet Stockholm). Huruvida det är mer positivt för integrationen/hälsan eller inte att bosätta sig utanför storstäderna är egentligen inte helt klarlagt. Urvalet i många av studierna som gjorts är skevt, och som Andersson (2004) påpekar, kan det även finnas selektionsproblem: få flyttar ut från storstäderna, och av dem som gör det är en stor andel ensamstående, yngre män. Den relevanta frågan blir här då: Tillför de potentiella konsekvenserna för hälsan ett användbart perspektiv i det framtida bosättnings- och introduktionsarbetet?

4.2. Problematiseringar och kritisk diskussion

Mot ovanstående bakgrund behöver följande frågor belysas:

- Vilken typ av kunskaper och erfarenheter kan arbetet med HKB bidra med?
- Kan HKB tillföra något nytt som är relevant utifrån integrationspolitiska mål?
- Hur kan arbetet med HKB fortleva i det framtida integrationspolitiska arbetet under en annan huvudman?

De HKB-analyser som presenteras i denna rapport är föga revolutionerande. Många av bedömningarna baserar sig på dokumenterade samband i

den epidemiologiska forskningen, på fynd som gjorts i tidigare rapporter och på den deskriptiva statistiken och kunskapsöversikten som Integrationsverket här har sammanställt. Genom att verktyget hälsomatriisen används, är syftet att redovisa denna kunskap på ett överskådligt sätt. HKB tillför alltså ett samlat och explicit folkhälsoperspektiv i den aktuella diskussionen om bosättningssystemet.

Kan då HKB tillföra något som är relevant utifrån integrationspolitiska mål? Inom ramen för det pågående uppdraget om integrationspolitikens resultat bevakar Integrationsverket nu ett antal indikatorer som berör bland annat nyanländas snabba etablering (Regeringskansliet 2005). Några av dessa berör hälsa mer explicit (andel som deltagit i arbetslivsinriktad rehabilitering, genomgått hälsoundersökning och fått riktad information om hälso- och sjukvården på sitt eget språk), men ännu fler av indikatorerna sammanfaller med folkhälsopolitiska indikatorer, till exempel andel sysselsatta/arbetslösa, och andel som uppbär försörjningsstöd. Vi kan alltså konstatera att den ekonomiska och sociala tryggheten, som är en viktig del av och förutsättning för hälsan, givetvis är betydelsefull även ur integrationspolitisk synpunkt.

Och slutligen – mot bakgrund av regeringens beslut att lägga ner Integrationsverket – hur kan arbetet med HKB fortleva i det framtida integrationspolitiska arbetet under en annan huvudman? De förslag som formuleras i rapporten är förankrade dels i de erfarenheter som gjorts under uppdragsarbetets gång, dels i en dialog som förts med de tjänstemän som arbetar med bosättning. Möjligheterna att utveckla arbetet med HKB under en framtida huvudman är starkt beroende av rätt förutsättningar. Framför allt handlar det om tillgänglighet till mer kvantitativa data om den specifika gruppen nyanlända. STATIV behöver utvecklas i detta hänseende. I ett första steg av denna utveckling behövs ett nationellt system för att följa upp utfall av introduktionen. Det behövs ökad kunskap om de nyanländas egna bedömningar av introduktionen, om deras hälsa och andra faktorer som kan tänkas påverka utfallet av introduktionen för att man ska kunna förstå varför så många avbryter SFI:n och varför så många inte får godkänt. Mer kunskap om barns och ungas resultat av introduktionen, och om deras upplevelser under den första tiden i Sverige, behöver också genereras för att det ska vara möjligt att utvärdera måluppfyllelsen av de reviderade målen för introduktionsinsatser för nyanlända (Integrationsverket 2006). Vidare behövs en samlad nationell kvantitativ bevakning av de integrationspolitiska indikatorerna för nyanlända. Det behövs också resurser för att göra den här typen av kunskapsammanställningar och analyser, för att det ska vara möjligt att genomföra HKB i framtiden.

4.3. Förslag

HKB av samverkan vid bosättning

En möjlig väg till att belysa och väga in hälsoaspekten inom bosättningssystemet skulle kunna vara att alla parterna levde upp till det man har åtagit sig att göra inom ramen för de överenskommelser som undertecknats. Det är i skrivande stund oklart på vilket sätt dessa överenskommelsestrategier kommer att organiseras i framtiden. Den aktör som ansvarar för bosättningen har dock att se till att överenskommelserna används på det sätt som är intentionen. Integrationsverket har undertecknat den centrala överens-

kommelsen och dokumentet Nationell samsyn kring hälsa och första tiden i Sverige. I dessa dokument finns åtaganden från ett antal strategiska aktörer beträffande introduktionen. Syftet med dessa åtaganden är att de enskilda individerna ska få en så bra introduktion som möjligt utifrån deras förutsättningar. Bedömningar och samverkan för en utveckling av introduktionen sker i dag i bästa fall först när personen i fråga har kommit till en kommun, utifrån de förutsättningar för samverkan som finns i kommunen. Det är inte realistiskt att tro, utifrån det sätt på vilket bosättningen är organiserad i dag vad gäller resurser med mera, att huvudmannen för bosättningsarbetet skulle kunna samverka kring varje enskild individ som ska få en introduktionsplats. Men för att hålla åtagandena enligt överenskommelserna ovan, bör en samverkan ske mellan berörda parter vad gäller de personer vars behov utmärker sig på ett eller annat sätt, positivt eller negativt.

För att detta ska fungera är det centralt att den myndighet som gör bosättningsunderlagen verkligen ges tid att göra dem på bästa möjliga sätt. Uppfylls detta ökar myndighetens möjlighet att få en helhetsbild av de personer som ska placeras. Därmed kan denna myndighet lättare utvärdera mellan vilka parter som samverkan bör ske beträffande personens bosättning – om det nu bedöms vara en nödvändighet med samverkan för personen ifråga. Framkommer det uppgifter om ohälsa i ett bosättningsunderlag är det givetvis önskvärt att myndigheten initierar en samverkan med parter som kan vara intressanta för bästa möjliga utfall och möjligheter för den enskilda. Detta sker delvis redan i dag men ofta saknas relevanta aktörer, såsom landsting och försäkringskassa. Mot bakgrund av detta går det att dra slutsatsen att grunden för en effektiv introduktion efter uppehållstillstånd läggs redan när bosättningsunderlaget görs. Bosättningsunderlaget utgör således ett startskott för en introduktionsprocess. Givetvis krävs det också goda kunskaper av de personer som arbetar med bosättningsarbete beträffande vilka samverkansallianser som finns både centralt och regionalt men i synnerhet lokalt. Detta för att kunna initiera en samverkan med de aktörer som kan vara relevanta. På så sätt kan man i ett tidigt skede fånga upp de personer som lider av någon form av ohälsa. Därmed finns också ökade möjligheter att placera en sådan person på en ort där goda möjligheter till rehabilitering eller vård finns så att han eller hon, om möjligt, ska kunna bli egenförsörjande.

Utformningen av dagens bosättningssystem gör det svårt att ge förutsättningar att genomföra en dialog enligt ovan för personer som väljer att bosätta sig själva. En person som bor i eget boende (EBO) och väljer att bo kvar där efter tillstånd, kommer aldrig in i systemet på samma sätt som en person som bott i anläggningsboende (ABO). Detta innebär svårigheter med att kunna göra en bedömning av dennes behov innan bosättning. Det blir i ännu högre grad först i den mottagande kommunen som samverkan i bästa fall sker, om så är nödvändigt. Detta behöver inte innebära att personen gjort ett felaktigt val, men han eller hon har inte heller haft kunskapen om vilka alternativ till bosättningsort som kan ha funnits. Samtidigt finns det risker för att kommunen i fråga inte har förberett sig på ett sådant sätt som är nödvändigt för att ge en bra introduktion. Skulle en samverkan mellan berörda aktörer ske även beträffande dessa, givetvis också i samråd med personen i fråga, kan introduktionsinsatserna komma att sättas igång snabbare.

Mot bakgrund av ovanstående är det i framtiden önskvärt att göra en HKB samt en analys av hälsoutfallen om samverkan sker respektive inte sker. För att lyckas med detta krävs dock en tydlig dokumentation av be-

rörda parter vid bosättningen samt förutsättningar för uppföljning beträffande hälsoutfall. Som nämnts i analysen är den tillgängliga statistiken, som innehåller uppgifter om utfall av introduktionen och om hälsa, begränsad. Ett nationellt uppföljningssystem är dock under utveckling och kan förhoppningsvis lösa den problematiken. Beträffande det stora antalet personer som bor i EBO är det också centralt att dessa fångas upp och att dialog mellan strategiska aktörer förs även beträffande dem. Eftersom dessa personer aldrig kommer till den bosättande myndighetens kännedom, bör någon annan part ta den sammankallade rollen. Det skulle företrädesvis kunna vara den tillståndsprövande myndigheten, om denna myndighet gör en bedömning att detta är nödvändigt för personen i fråga. Det är med stor sannolikhet en resursfråga om det är möjligt att ha en omfattande samverkan i bosättningsprocessen beträffande både ABO och EBO, i synnerhet EBO. Men så länge som Sverige har ett system där EBO tillåts, och dessutom är det övervägande alternativet vid bosättning, måste nya metoder hittas. Detta för att fånga upp dessa personer på ett liknande sätt som beskrivs beträffande de som bor i ABO, vilka inkommer till den bosättande myndigheten. Att genomföra en HKB avseende en sådan modell skulle kunna påvisa vilka hälsoutfallen är och vad det innebär för samhället och individen om modellen inte används och utvecklas, respektive vilka vinster som kan göras om den används.

HKB avseende ABO och EBO

Det finns i dag en generell negativ uppfattning angående rätten till att bo i EBO hos de tjänstemän som arbetar inom eller nära bosättningssystemet, såväl inom stat som kommun. Det har dock aldrig gjorts någon undersökning som visar anledningen till den negativa inställningen. I dagsläget finns det heller inte några undersökningar gjorda vad gäller hälsoutfall beträffande personer som bosatt sig själva kontra de som placerats genom myndigheters försorg. För att belysa bosättningssystemets konsekvenser ur ett hälsoperspektiv skulle det vara önskvärt att göra en HKB beträffande detta. Om en sådan undersökning skulle visa att hälsoutfallet är bättre för dem som bor i EBO skulle detta kunna vara ett incitament till en förändring i bosättningssystemet, genom att uppmana till ytterligare egen bosättning. Ett negativt resultat skulle förstås innebära den motsatta slutsatsen. Oavsett utfallet av en HKB skulle det ändå belysa för- och nackdelar med det bosättningssystem som finns i dag och därmed också lägga grunden till en eventuell utveckling av systemet. Även vad gäller detta område saknas i nuläget data för att det ska vara möjligt att genomföra en sådan undersökning. Med ett fungerande uppföljningssystem skulle dock data kunna tas fram för ändamålet.

4.4. Sammanfattande diskussion

Ytterst syftar den centrala överenskommelsen, dokumentet Nationell samsyn kring hälsa och första tiden i Sverige och de nationella målen för introduktionen, i ljuset av proposition 1997/98:16, till samverkan mellan olika parter för en individualiserad introduktion. Två andra viktiga grundbultar för en god introduktion är hälsa och bosättning. För att samverkan ska kunna ske på ett optimalt sätt inom ramen för bosättnings- och introduktionsarbetet krävs en rad förutsättningar :

- tid att göra bra bosättnings- och andra bedömningsunderlag, så att handläggare kan få en helhetsbild av individers olika situationer,
- goda kunskaper om samverkansparter,
- tydligt mandat hos alla parter att arbeta med integration och folkhälsa,
- aktiva parter i samverkansarbete,
- bra informationsmaterial och fungerande informationskanaler, till såväl de nyanlända som till de mottagande kommunerna,
- dokumentation av samverkansarbete kring de nyanlända,
- ett nationellt uppföljningssystem som omfattar alla nyanlända (även de som bor/har bott EBO) – via de nyanländas egna bedömningar av introduktionen och via integrationspolitiska indikatorer,
- resurser (personella, ekonomiska etc.).

När dessa förutsättningar finns på plats är det också möjligt att utveckla HKB-arbetet. Den analys som finns i denna rapport kan slutföras och flera frågeställningar kan bli aktuella. Förslag på områden där HKB kan genomföras i framtiden är:

- HKB av bosättningsarbete (och eventuellt också andra introduktionsinsatser) där flera parter har samverkat, jämfört med bosättningsarbete där ingen samverkan har skett
- HKB av bosättning via myndighetens försorg, jämfört med bosättning på egen hand (asyltidens EBO)

Dessa förslag innebär också att HKB då blir ett verktyg för att synliggöra bosättningsystemets för- och nackdelar, och för att skapa en grund för utveckling och förändring.

Referenser

Andersson, Gisela & Berglund, Else, 2005: *Funktionshindrad introduktion? Fallstudie i fyra kommuner av funktionshindrade flyktingars introduktion*. Örebro Universitet, Samhällsvetenskapliga institutionen.

Andersson, Roger, 2004: *Migration till integration? En studie av flyktingar som lämnat de svenska storstäderna*. Uppsala Universitet, Institutet för bostads- och urbanforskning.

Boverket, 2005: *Välkommen till bostadsmarknaden! En lägesrapport om integration*. Karlskrona: Boverket.

Boverket, 2006: *Var finns rum för våra barn? – en rapport om trångboddhet i Sverige*. Karlskrona: Boverket.

Edin, Per-Anders; Fredriksson, Peter & Åslund, Olof, 2004: »Settlement policies and the economic success of immigrants«. *Journal of Population Economics* 17: 133-155.

Emmelin, Maria, 2004: *Self-rated health in public health evaluation*. Umeå University: Department of public health and clinical medicine.

Fredriksson, Åslund 2005: *Påverkas socialbidragsberoende av omgivningen?* 2006-08-01.

Hjern, A.; Wicks, S. & Dalman, C., 2004: »Social adversity contributes to high morbidity in psychoses in immigrants – a national cohort study in two generations of Swedish residents«. *Psychological Medicine* 24: 1025-1033.

Integrationsverket 2003:03: *Att flytta eller inte flytta? Utvärderingsrapport om Projekt Stockholm*. Norrköping: Integrationsverket.

Integrationsverket 2003:09: *Bosättning med förhinder – en intervjuundersökning om bosättningsinformationen Introduktion och bostadsorter*. Norrköping: Integrationsverket.

Integrationsverket 2004: *Rapport Integration 2003*. Norrköping: Integrationsverket.

Integrationsverket 2004:01: *Integration – var god dröj. Utvärdering av kommunernas introduktionsverksamhet*. Norrköping: Integrationsverket.

Integrationsverket 2005: *Uppdrag enligt Regleringsbrev 2005: Utveckling av metoder för hälsokonsekvensbedömningar (HKB) inom Integrationsverkets verksamhetsområde*. INT-3705-1846. Norrköping: Integrationsverket.

Integrationsverket 2005:01: *Introduktion för nyanlända invandrare – enkätundersökning 2004*. Norrköping: Integrationsverket.

Integrationsverket 2006: *Rapport Integration 2005*. Norrköping: Integrationsverket.

Integrationsverket 2006:03: *Den aktive deltagaren*. Norrköping: Integrationsverket.

Jonasson, Ingrid, 1996: *Långvariga socialbidragstagare. Rapport i socialt arbete nr 8*. Stockholms Universitet: Institutionen för socialt arbete, Socialhögskolan.

Lindencrona, Fredrik; Ekblad, Solvig & Johansson Blight, Karin, 2006: *Integration och folkhälsa – en kunskapsöversikt*. Stockholm: Karolinska Institutet.

Lindström, Martin; Merlo, Juan & Östergren, Per-Olof, 2003: »Social capital and sense of insecurity in the neighbourhood: a population-based multilevel analysis in Malmö, Sweden«. *Social Science and Medicine* 56: 1111-1120.

Make Your Future 2006: www.makeyourfuture.se

Regeringskansliet 2005: *Indikatorer för integrationspolitiken. Bilaga 2 till Regeringsbeslut 2005-12-15*. Stockholm: Justitiedepartementet.

Riksförsäkringsverket; Socialstyrelsen; Svenska Kommunförbundet & Landstingsförbundet, 2004: *Rehabilitering eller utanförskap? Om sjuka, nollplacerade med ekonomiskt bistånd*. Stockholm: Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet.

Rothman, Kenneth, 2002: *Epidemiology – An Introduction*. Oxford: Oxford University Press.

Sachs, Jeffrey D, 2005: *The End of Poverty: How we can make it happen in our lifetime*. New York: Penguin Books.

Sjöstrand, Janet & Ståhl, Josefin, 2003: *FK-projektet – för de enbart sjukvårdsförsäkrade*. Slutrapport. Malmö.

SKL, 1998: *Med fokus på hälsan – Hur kan man beskriva hälsokonsekvenser av politiska beslut?* Stockholm: Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet.

Socialstyrelsen, 2001: *Samverkan för särskilt utsatta – Utvärdering av frivillig samverkan FRISAM*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen, 2006: *Social rapport 2006*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Statens Folkhälsoinstitut: *Checklista HKB. Målområde 2: Ekonomisk och social trygghet*. http://www.fhi.se/templates/Page_____6558.aspx 2006-08-01.

Statens Folkhälsoinstitut, 2005: *Folkhälsans bestämningsfaktorer och indikatorer. Underlag från pågående arbete med Folkhälsopolitisk rapport (arbetsmaterial)*. <http://www.fhi.se/upload/ar2005/ovrigt/folkhalsansbestamningsfaktoreroindikatorer050131.pdf> 2006-08-01.

Statens Folkhälsoinstitut, 2005:2: *Hur påverkas hälsan av delaktighet och inflytande i samhället? En litteratursammanställning*. <http://www.fhi.se/upload/ar2005/rapporter/r200502delaktighetinflyt0504.pdf> 2006-08-01.

Statens Folkhälsoinstitut, 2005:38: *Hälsokonsekvensbedömningar av ett vägtrafikprojekt. Fallstudie väg 73*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.

Statens Folkhälsoinstitut, 2005:51: *Kunskapsunderlag till Folkhälsopolitisk rapport 2005. Målområde 2: Ekonomisk och social trygghet*. <http://www.fhi.se/upload/ar2005/rapporter/r200551underlagsrapport2.pdf>

Törnell, Brita, 2003: »Migration, etnicitet och hälsa – underlag för indikatorer«. I Hogstedt, Christer (red.): *Välfärd, jämlikhet och folkhälsa – vetenskapligt underlag för begrepp, mått och indikatorer*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.

Wallerstein, Nina, 2006: *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe / Health Evidence Network. <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>

Wamala, Sarah, 2003: »Socialt kapital och folkhälsa – begrepp och indikatorer«. I Hogstedt, Christer (red.): *Välfärd, jämlikhet och folkhälsa – vetenskapligt underlag för begrepp, mått och indikatorer*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.

Bilaga 1: Definition av kommuner, lista

I rapporten har Sveriges kommuner grupperats i fyra grupper: Storstäder, Pendlingskommuner, Varuproducerande kommuner samt Övriga kommuner. De kommuner som ingår i respektive grupp listas här.

Storstäder:

Göteborg
Malmö
Stockholm

Pendlingskommuner:

Bjuv
Boxholm
Bromölla
Eslöv
Essunga
Forshaga
Gagnef
Gnesta
Grästorp
Habo
Hammarö
Höganäs
Hörby
Höör
Kil
Knivsta
Krokom
Kumla
Kungsör
Kävlinge
Lekeberg
Mullsjö
Munkedal
Mörbylånga
Norberg
Nykvarn
Nynäshamn
Orust
Sigtuna
Sjöbo
Stenungsund
Storfors
Svalöv
Säter
Söderköping
Timrå
Trosa
Vänernborg
Vännäs
Åstorp
Älvkarleby

Varuproducerande kommuner:

Alvesta
Emmaboda
Fagersta
Finspång
Gislaved
Gnosjö
Grums
Götene
Herrljunga
Hofors
Hylte
Laxå
Lessebo
Ljungby
Markaryd
Mönsterås
Nybro
Nässjö
Olofström
Osby
Oskarshamn
Oxelösund
Perstorp
Sotenäs
Surahammar
Svenljunga
Sävsjö
Tibro
Tranemo
Tranås
Ulricehamn
Uppvidinge
Vaggeryd
Vara
Vetlanda
Vårgårda
Värnamo
Älmhult
Örkelljunga
Östra Göinge

Övriga kommuner:

Alingsås	Karlsborg	Skinnskatteberg
Aneby	Karlshamn	Skövde
Arboga	Karlskoga	Smedjebacken
Arjeplog	Katrineholm	Sollefteå
Arvidsjaur	Kinda	Sorsele
Arvika	Kiruna	Storuman
Askersund	Klippan	Strängnäs
Avesta	Kramfors	Strömstad
Bengtstors	Kristinehamn	Strömsund
Berg	Köping	Sunne
Bjurholm	Laholm	Säffle
Boden	Landskrona	Söderhamn
Bollnäs	Leksand	Sölvesborg
Borgholm	Lidköping	Tanum
Borlänge	Lindesberg	Tidaholm
Bräcke	Ljusdal	Tierp
Båstad	Ljusnarsberg	Tingsryd
Dals-Ed	Ludvika	Tomelilla
Degerfors	Lycksele	Torsby
Dorotea	Lysekil	Torsås
Eda	Malung	Trelleborg
Eksjö	Malå	Töreboda
Enköping	Mariestad	Uddevalla
Falkenberg	Mark	Vadstena
Falköping	Mellerud	Valdemarsvik
Filipstad	Mjölby	Vansbro
Flen	Mora	Vilhelmina
Färgelanda	Motala	Vimmerby
Gotland	Munkfors	Vindeln
Gullspång	Nora	Vingåker
Gällivare	Nordanstig	Västervik
Hagfors	Nordmaling	Ydre
Hallsberg	Norrtälje	Ystad
Hallstahammar	Norsjö	Åmål
Haparanda	Nyköping	Ånge
Heby	Ockelbo	Åre
Hedemora	Orsa	Årjäng
Hjo	Ovanåker	Åsele
Hudiksvall	Pajala	Åtvidaberg
Hultsfred	Piteå	Älvdalen
Hällefors	Ragunda	Älvsbyn
Härjedalen	Robertsfors	Ängelholm
Härnösand	Ronneby	Ödeshög
Hässleholm	Rättvik	Östhammar
Högsby	Sala	Överkalix
Jokkmokk	Sandviken	Övertorneå
Kalix	Simrishamn	
	Skara	