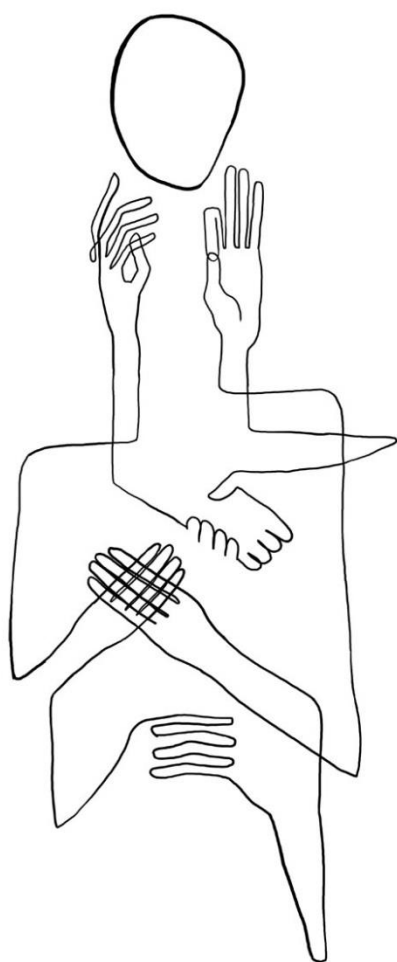


Hälsokommunikation till afghanska flyktingar med fokus på ensamkommande barn i Stockholms län



Soraya Sohrabi
Transkulturellt Centrum juli 2015
Textgranskning: Barbro Eriksson
Omslag: Jan Edlund

INNEHÅLL

Sammanfattning	4
Bakgrund.....	6
Flyktingar från Afghanistan.....	7
Hälsokommunikatörer.....	8
Projektet	9
Metod	9
Dialogpedagogik.....	10
Dari.....	10
Förväntat reSultat av projektet.....	10
Plan för uppföljning och utvärdering	11
Projektets organisation	11
Ensamkommande barn.....	11
Flyktingar från Afghanistan.....	12
Mottagandet i kommunerna	13
Projektets process	14
Fas 1.....	14
Kartläggning av ungdomars boende och skolan.....	14
Kartläggning av ungdomars hälsa	16
Kartläggning av ungdomars hälsobehov	19
En kvantitativ sammanfattning av projektet	21
Fas 2	21
Hösten 2013.....	21
Våren 2014.....	22
Hösten 2014	23
Våren 2015.....	23
Fortsättning höst 2014	23
Nya grupper våren 2015.....	23
Genomförandet av gruppträffarna Fas 2	24

Arbetsmetod	25
Teman	26
Exempel från gruppträffarna	28
Extra informationsmaterial	31
Utvärdering	31
Projektets resultat och effekter	32
Diskussion	33
Skolans roll	34
Boendets roll	34
Vårdpersonalens roll	35
Plan för vidmakthållande och vidare tillämpning	35
Sammanfattning	36
Bilagor	37
Referenser	43

SAMMANFATTNING

Projektet *Hälsokommunikation till afghanska flyktingar med fokus på ensamkommande barn*, syftade till att utveckla hälsokommunikation till afghanska flyktingar, med särskilt fokus på ensamkommande barn och unga vuxna. Insatserna riktade sig till de som hade uppehållstillstånd och de som var asylsökande. Arbetet drevs av Stockholms läns landsting, Transkulturellt Centrum, i samarbete med ett antal kommuner som centret har avtal med.

Projektet var ett praktiskt inriktat arbete med syfte att öka jämlikheten i hälsa mellan en mycket utsatt flyktinggrupp och den svenskfödda befolkningen.

Projektet startade med en kartläggning och analys av hälsosituationen och behoven bland afghanska flyktingar och asylsökande i Stockholms län. I analysens steg 1 ingick även att identifiera arenor där målgruppen kunde nås och ta fram vad som redan har utvecklats i Sverige avseende hälsofrämjande insatser för målgruppen.

Som steg 2 planerades hälsofrämjande insatser utifrån vad som framkommit i kartläggningen och behovsanalysen. Detta innebar att det blev aktuellt med utbildnings- och informationsmaterial anpassat till målgruppens ålder och behov; dialogmöten kring hälsofrämjande teman, och konsultationer till kommun och sjukvårdspersonal i kontakt med målgruppen. Vidare kunde ytterligare former av hälsofrämjande insatser bli aktuella.

Några slutsatser som kommit fram under projektet;

Information om hälsofrågor bör noggrant anpassas efter målgruppen och utgå från kunskaper och erfarenheter från hemlandet jämfört med hur det fungerar i det Sverige.

Information och dialog på respektive modersmål gav utrymme för att ställa frågor och uttrycka sina funderingar utan att tänka på hur man ska undvika att bli missförstådd.

Information om hälsa bör ske så tidigt som möjligt efter ankomsten till Sverige. Det förebygger fysisk och psykisk ohälsa och underlättar integration. Enkla förebyggande

råd hur man kan hantera problem som med tiden kan skapa allvarliga problem kan undvikas.

Ungdomarna visade i utvärderingsenkäter och uppföljningssamtal mindre stress, bättre självförtroende, bättre koncentration och skolresultat.

Kunskap om sex och samlevnad kan förbygga konsekvenser som kan leda till problem för ungdomarna. Exempelvis hur man skapar kontakt med det motsatta könet, vad som är tillåtet och vad kan leda till konsekvenser från samhället.

När det gäller vuxna flyktingar visade utvärderingsenkäter och uppföljning efter hälsoträffarna en bättre uppfattning av nuvarande hälsosituation och vikten av att ta hänsyn till den fysiska och psykosociala hälsan. Resultatet var synligt genom att de var mindre stressade, sov bättre och motionerade mer. Förändringar i beteenden visade sig både i deras skolarbete, tro på framtiden och en bättre hemmiljö som gynnar barnen. Barnen som oftast blir påverkade av föräldrarnas stress och förvirring.

Utvärderingsenkäterna användes för en kontinuerlig utveckling och anpassning av modulerna till respektive grupper, inte för att hämta fram några statistiska slutsatser.

Ungdomarna uttryckte önskemål om individuella samtal med hälsokommunikatören. Detta visade att projektledarens kunskaper i språket och de kulturella sammanhangen var viktiga för att kunna förmedla svårigheter, speciellt när det gäller psykiska problem. Ungdomarna framförde också synpunkter om att kunna prata om sina problem utan en tredje persons närvaro t. ex. tolk för att kunna känna mer tillit och trygghet.

Det visade sig också under projekttiden att det är en brist på anpassade utbildningar för personalen på boenden och skolor, som jobbar med ensamkommande barn. Utbildningar skulle kunna skapa bättre förståelse mellan personal och ungdomar.

Projektet nådde inte ut till alla ungdomar vilket delvis berodde på hur frågan har hanterats av ansvariga från kommunen, skolan eller boendet.

Om ungdomars behov av hälsoinformation skulle vara tydligare för kommuner, skolor och boenden skulle det inte vara så svårt att erbjuda hälsoinformation. Det

skulle ge möjlighet för flera ungdomar att delta i hälsoträffarna. Detta förklarar en del av varför projektet inte kunde nå mer än 136 av 645 totalt ensamkommande ungdomar i Stockholms län som var förväntat.

BAKGRUND

Sverige ger idag skydd åt fler ensamkommande asylsökande barn än något annat land i Europa. Förra året kom nästan 3 600 och närmare 2 000 gavs skydd i landet. Över hälften kom från Afghanistan och mer än 90 procent av de ärenden som avgjordes 2012 beviljades tillstånd (www.migrationsverket.se). Flyktingar från Afghanistan är en mycket utsatt grupp, särskilt ensamkommande barn och unga vuxna.

En rad studier har visat på ojämlikhet i hälsa mellan svensk- och utlandsfödda och att migration är en riskfaktor för sämre hälsa, särskilt för flyktingar. En högre dödlighet har påvisats bland invandrare jämfört med svenskfödda (Albin, 2005). Personer med utländsk bakgrund rapporterade genomgående en sämre hälsa än svenskfödda i SCB:s ULF-undersökningar (SoS, 2009). Sämst hälsa rapporterade de som var födda utanför Europa. Migration är en identifierad riskfaktor för psykisk ohälsa. Flyktingar kommer ofta från samhällen i krig och socialt sammanbrott. Många har själva drabbats av förföljelser, organiserat våld och hot. Svåra trauman kan leda till exempelvis posttraumatiskt stresstillstånd (PTSD), depression, fobier, personlighetsstörningar och paniktillstånd (Foa EB, Keane TM, 2000).

För många invandrare och flyktingar betyder integration i Sverige bl. a. att möta ett nytt och annorlunda sjukvårdssystem. Exempelvis kan det innebära att konfronteras med nya kunskaper om sjukdomar, annorlunda synsätt, okända behandlingar och nya sätt att söka hjälp och sjukvård. Bemötande och attityder hos vårdpersonalen kan upplevas annorlunda än i hemlandet. Diagnoser kan vara okända eller ges annan innebörd än den medicinska. Den enskildes förväntningar om hjälp och behandling kan krocka med det som erbjuds i vården. Många invandrare och flyktingar, främst nyanlända, behöver orientering i hur sjukvården fungerar och kunskaper om hälsofrämjande levnadsvanor.

År 2012 kom totalt 43 887 asylsökande till Sverige, prognosen för 2013 var 54 000 (www.migrationsverket.se). År 2012 togs 3 237 personer emot i Stockholms län. De största mottagandekommunerna var Stockholm (1 223), Södertälje (628), Sundbyberg (131), Sollentuna (81), Sigtuna (74) samt Upplands Väsby (57). Av dessa

var sammanlagt 313 ensamkommande barn, 155 boende i Stockholms stad, 22 i Sigtuna och 22 i Upplands Väsby. De vanligaste ursprungsländerna för de asylsökande var Syrien, Somalia, Afghanistan, Eritrea och statslösa.

Flyktingar från Afghanistan

Det kommer idag en stor mängd flyktingar från Afghanistan, särskilt ensamkommande flyktingbarn, varav de flesta är pojkar.

Under 2012 fick 4 767 personer från Afghanistan permanent uppehållstillstånd (PUT). Bland dessa fanns kvotflyktingar, skyddsbehövande, adopterade, anhöriga och studerande (Migrationsverket muntlig uppgift). Många har bosatt sig i Stockholm men exakt hur många, saknas uppgifter om. År 2009 var 46 procent av asylsökande från Afghanistan ensamkommande barn, huvudsakligen pojkar i åldern 15-17 år (UNHCR, 2010). Många av de vuxna afghanska flyktingarna som kommer till Sverige är anknytningsfall till barn som tidigare kommit hit. Detta kan innebära en stor omställning för såväl föräldrar som barn och ungdomar.

Rapporter från UNHCR (2010; 2010) ger en bild av de ensamkommande barnens bakgrund och aktuella situation. I en rapport intervjuades 42 ensamkommande afghanska barn mellan 13 och 15 år. Orsaken till att de lämnat Afghanistan var skiftande, en majoritet var föräldralösa och flera ville undvika att bli tvångsrekryterade. Att de hamnade i Sverige var till stor del en slump. De flesta barnen kom från små byar och samhällen med hög fattigdom. Många har inte gått i skola i hemlandet även om det fanns möjlighet. Anledningarna till detta varierade från säkerhetsskäl, ekonomiska skäl (barnarbete) till religiösa eller traditionella skäl.

Enligt de olika studierna från UNHCR (2010; 2010) finns allmänna kontextuella förklaringar och specifika individuella orsaker till de afghanska barnens flykt till Europa. Den generella kontexten i Afghanistan är välkänd med extrem fattigdom, politisk instabilitet, krig, otrygghet, brist på utbildningsmöjlighet, barnarbete och brist på framtidstro. Direkta orsaker till de afghanska barnens flykt till Europa är ofta familjeproblem, våld inklusive kidnappningar, hotelser riktade mot dem eller familjemedlemmar. I rapporterna beskrivs mycket svåra förhållanden och traumatiska upplevelser i Afghanistan men också under flykten. Det konstateras att barnens bakgrund ställer stora krav på personal i boenden och att många av barnen har kontakt med barn- och ungdomspsykiatri, (BUP).

UNHCR-rapporterna ger en bild av de stora svårigheter som ensamkommande afghanska barn och unga vuxna varit med om, deras utsatthet och vad de möter för nya utmaningar i Sverige. I de kontakter som Transkulturellt Centrum har haft med personal i sjukvård och kommuner i Stockholms län har tidigare framkommit en stor oro för situationen för de ensamkommande afghanska ungdomarna. Det har bland annat handlat om svårigheter att förstå det nya samhället, bristande kosthållning, brist på kunskaper om hälsosam mat, svårigheter att förstå normer kring sexualitet, stigmatisering av barn- och vuxenpsykiatrisk vård, okunskap om hälsofrämjande faktorer samt om hur sjukvården fungerar.

Hälsokommunikatörer

Hälsokommunikatör är ett nytt yrke i Sverige. De som arbetar som hälsokommunikatörer har en grundutbildning relaterad till hälso- och sjukvård, en vidareutbildning i hälsokommunikation och talar både svenska och språk som är vanliga bland nyanlända.

I Stockholms län bedrivs arbetet i samarbete med Stockholms läns landsting och nio kommuner; Stockholms stad (två stadsdelar), Sundbyberg, Botkyrka, Lidingö, Sigtuna, Sollentuna, Upplands Väsby, Södertälje samt Huddinge. Hälsokommunikatörerna är anställda vid Transkulturellt Centrum, Stockholms läns landsting.

Hälsokommunikatörernas arbete handlar om att överföra kunskaper och motivera till hälsa och en hälsofrämjande livsstil bland invandrare och nyanlända med uppehållstillstånd. Syftet är att förebygga ohälsa och främja hälsa samt att informera och orientera om hur hälso- och sjukvårdssystemet i Sverige fungerar. I Stockholms län finns hälsokommunikatörer som talar arabiska, somaliska och tigrinja. Arbetet anpassas till deltagarnas kunskapsnivå och sker ibland på "lätt svenska". De är verksamma på alla arenor där målgruppen finns och insatserna avgörs utifrån behov. De arbetar bland annat i SFI-skolor (Svenska för invandrare), jobbtorg, flyktingmottagningar, enheter för arbetsmarknadsinsatser i kommuner och vid enheter i sjukvården. Personal i sjukvården och medverkande kommuner kan vända sig till hälsokommunikatörerna för att själva få information och kunskaper om problem och behov i målgruppen. Hälsokommunikationen i Stockholms län har hittills riktats till vuxna med uppehållstillstånd och delvis till nyanlända ungdomar.

Hälsokommunikatörer är med sina unika kunskaper en tillgång för olika vårdenheter och kommunalanställd personal för att informera om den sociala och kulturella kontexten som flyktingar och asylsökande befinner sig i. Detta bidrar till ökad förståelse och förbättrad kommunikation.

Projektet

Detta projekt syftade till att utveckla hälsokommunikation till afghanska flyktingar, med särskilt fokus på ensamkommande barn och unga vuxna. Insatserna riktade sig både till de som har uppehållstillstånd och de som är asylsökande. Arbetet drevs av Stockholms läns landsting, Transkulturellt Centrum, i samarbete med ett antal kommuner som centret har avtal med.

Projektet var ett praktiskt inriktat arbete som syftade till att öka jämlikheten i hälsa mellan en mycket utsatt flyktinggrupp och den svenskfödda befolkningen.

En annan målgrupp var personal i Stockholms läns landsting, samt till upphandlade verksamheter och aktuella kommuner för konsultativa informations- och utbildningsinsatser.

På Transkulturellt Centrum finns kunskap om och erfarenhet av hälsokommunikation till vuxna med uppehållstillstånd. Däremot saknas kunskap om anpassning av hälsokommunikation till ungdomar, asylsökande och till den speciella situationen av att möta familjer som återförenats efter att barn levit i exil.

Metod

Projektet startade med en kartläggning och analys av hälsosituationen och behoven bland afghanska flyktingar och asylsökande i Stockholms län, i analysens steg 1 ingick även att identifiera arenor där målgruppen kan nås och ta fram vad som redan har utvecklats i Sverige avseende hälsofrämjande insatser för målgruppen.

Som steg 2 planerades hälsofrämjande insatser utifrån vad som framkommit i kartläggningen och behovsanalysen. Detta innebar att det blev aktuellt med utbildnings- och informationsmaterial anpassat till målgruppens ålder och behov; dialogmöten kring hälsofrämjande teman, och konsultationer till kommun och sjukvårdspersonal i kontakt med målgruppen. Vidare kunde ytterligare former av hälsofrämjande insatser bli aktuella.

Dialogpedagogik

I mötena med de afghanska flyktingarna användes den dialogpedagogik som utvecklats av hälsokommunikatörerna. Dialogpedagogiken innebär att hälsokommunikatörerna träffar grupper och inte enskilda individer. Insatserna planerades tillsammans med personal från kommuner, sjukvården och andra samarbetsorganisationer. Deras erfarenheter av flyktingars och invandrares behov av kunskaper om hälsa, om hälso- och sjukvårdssystemet och av vård var utgångspunkt för planeringen. Ett 30-tal olika hälsoteman fanns utarbetade, här kallat moduler, t. ex. för hälsosam livsstil, levnadsvanor, hitta rätt i vården, egenvård, sexuell och reproduktiv hälsa samt munhälsa. Vilka teman som slutligen valdes berodde på de enskilda gruppernas behov och önskemål.

Innehållet förmedlades vanligen i form av dialog och reflektion tillsammans med deltagarna, med fokus på motivation.

De grupper som hälsokommunikatörerna på Transkulturellt Centrum möter, är trots språkuppdelning, mycket heterogena. Deltagarna har olika socioekonomisk bakgrund, varierande skolbakgrund och en del är analfabeter. Material och arbetssätt måste hela tiden anpassas till den aktuella målgruppen.

Dari

I projektet har kommunikationen skett på dari genom en hälsokommunikatör med sjukvårdsutbildning och språk samt kulturell kompetens. Ett dialogpedagogiskt material har utvecklats och använts som är anpassat till språk, grupp och ålder.

Förväntat reSultat av projektet

- En förbättrad hälsa hos den afghanska flyktinggruppen och ökade kunskaper om hälsosam livsstil. I förlängningen förväntas detta leda till en förbättrad integration.
- Ett förbättrat bemötande för den afghanska flyktinggruppen från kommun- och landstingspersonal. Hälsokommunikatörernas kunskaper om flyktingarnas hälsoproblem, behov, erfarenheter, oro, frågor, synsätt och farhågor kan förmedlas vidare till personal i sjukvård och kommun.

Plan för uppföljning och utvärdering

Arbetet har kontinuerligt dokumenterats enligt den praxis som utvecklats i hälsokommunikatörsgruppen. Projektet har utvärderats externt av Bengt Erik Ginsburg, som är barnläkare och har lång erfarenhet av att arbeta med flyktingar och ungdomar. Han har gjort utvärderingen av hälsokommunikatörernas arbete under de tre första kvartalen 2012. Utvärderingen syftar till att se om projektets mål och syfte uppnåtts och om projektet uppfyller behovet av hälsokommunikation till unga afghanska flyktingar. Utvärderingen innehåller intervjuer med ett urval av flyktingar, personal i landsting, kommun och flyktingmottagande som deltagit i projektet och kvantitativa data om antal gruppträffar, konsultationer och övriga aktiviteter.

Projektets organisation

Projektledaren, Soraya Sohrabi, som genomförde projektet är anställd vid Transkulturellt Centrum (TC) som hälsokommunikatör. Centret är Stockholms läns landstings kunskapscentrum i frågor som berör transkulturell psykiatri, asyl – och flyktingsjukvård och tandvård samt hälsokommunikation. Arbetet har genomförts i samarbete med övrig personal på centret. Projektet leddes av projektledaren tillsammans med projektansvarig, Sofie Bäärnhielm, som är enhetschef vid Transkulturellt Centrum och Haibe Hussein som är koordinator för hälsokommunikatörernas arbete.

Ensamkommande barn

Med ensamkommande barn avses personer under 18 år som kommit till Sverige och sökt asyl utan sina föräldrar eller annan legal vårdnadshavare. Ett barn som kommer till Sverige och inte kan ordna boende själv hos släkting eller motsvarande placeras först i ankomstkommun, sedan – så snart som möjligt – i en anvisningskommun. Kommunnamn avser där individen är bosatt vid rapporteringstillfället.

Under de senaste tre åren har, det ensamkommande barnet som sökt asyl i Sverige, varit i genomsnitt 15 år gammalt. Majoriteten av de som sökt asyl är pojkar som är 15 år och äldre.

Enligt Migrationsverket har 3 729 ensamkommande barn sökt asyl i Sverige fram till den 19 december 2013. 648 stycken var flickor (17 %). Under år 2013 var den genomsnittliga handläggningstiden för ensamkommande barn 120 dagar. Under året beviljades 1 958 ensamkommande barn uppehållstillstånd i första instans, vilket är

67 % av de hittills fattade besluten under året. Om man bara inkluderar de barn som fått sitt asylärende prövat i Sverige, d.v.s. exkluderar barn som bl. a. omfattas av Dublinförordningen eller de vars ärende avskrivs, har 82 % beviljats uppehållstillstånd.

Flyktingar från Afghanistan

Under 2013 kom totalt 3 067 afghanska flyktingar till Sverige (Migrationsverket), varav 1 137 var ensamkommande barn.

Enlig Statistiska centralbyrån, har sammanlagt ca 10 000 barn och ungdomar kommit sedan 2002, drygt 4 000 av dessa är från Afghanistan. Under 2013 var den största gruppen av ensamkommande barn från Afghanistan, 649 ensamkommande barn, på andra plats kom Somalia med 530.

Afghanistan: åldersstruktur (mellan 15–30 år bland män och kvinnor) i Stockholms län

KÖN	Ålder	Män	KÖN	Ålder	Kvinnor
1	15	92	2	15	36
1	16	161	2	16	50
1	17	168	2	17	61
1	18	164	2	18	47
1	19	114	2	19	57
1	20	108	2	20	51
1	21	83	2	21	60
1	22	92	2	22	50
1	23	65	2	23	75

1	24	74	2	24	76
1	25	69	2	25	58
1	26	112	2	26	77
1	27	109	2	27	61
1	28	120	2	28	68
1	29	63	2	29	57
1	30	61	2	30	34

Om man tittar på åldern för afghanska kvinnor som har sökt asyl i Sverige, ser man en ganska jämn åldersspridning men för män finns en tydlig ökning mellan 16–18 och mellan 26–28 år.

I Stockholm län fanns 2013 sammanlagt 649 ensamkommande afghanska flyktingar.

Fördelning av platserna* tillgängliga för antingen asylsökande eller de som har beviljats uppehållstillstånd:

Botkyrka 14 - Danderyd 10 - Ekerö 5 - Haninge 26 - Huddinge 19 - Järfälla 14 - Lidingö 22 - Nacka 36 - Norrtälje 12 - Nykvarn 8 - Nynäshamn 6 - Salem 9 - Sigtuna 85 - Sollentuna 14 - Solna 100 - Stockholms Stad 127 - Sundbyberg 11 - Tyresö 21 - Täby 24 - Upplands Bro 20 - Vaxholm 3 - Upplands Väsby 20 - Vallentuna 6 - Österåker 20 - Värmdö 17

*Källa: Migrationsverket

Mottagandet i kommunerna

Kommunerna ansvarar för mottagandet av ensamkommande barn och ungdomar. Länsstyrelserna förhandlar med kommunerna om mottagningsplatser och

kommunerna tecknar sedan överenskommelser om mottagande med Migrationsverket.

243 kommuner har en gällande överenskommelse om mottagande på platser eller av ett visst antal barn. Kommunerna har startat eller kommer att påbörja ett mottagande*.

När ett ensamkommande barn anländer till Sverige och söker asyl erbjuds barnet i enlighet med socialtjänstlagen ett tillfälligt boende i den kommun där det ger sig till känna för svensk myndighet.

Detta innebär att samtliga kommuner kan bli ankomstkommun. De flesta ensamkommande barn som söker asyl i Sverige ger sig dock till känna i någon av de kommuner där Migrationsverket har kontor.

Omedelbart efter ankomsten ska barnet anvisas, i mån av lediga platser, till en kommun som ansvarar för omhändertagandet under den tid barnet är asylsökande, men även tiden därefter för de som beviljas uppehållstillstånd.

Mottagandet i kommuner med överenskommelse sker huvudsakligen på två sätt: Antingen genom att en anvisning sker till en kommun som tillhandahåller platser eller genom att en anvisning sker till en kommun som tar emot ett på förhand bestämt antal barn. För närvarande finns det överenskommelser om 3 649 platser för ensamkommande barn och ungdomar varav minst 897 platser ska vara tillgängliga för asylsökande. 3 570 av dessa platser är tillgängliga idag*.

*Källa Migrationsverket

PROJEKTETS PROCESS

Fas 1

Kartläggning av ungdomars boende och skolan

Kartläggningen började med ett erbjudande via mejl till kontaktpersonerna i de tio kommuner som har avtal om hälsokommunikation med Transkulturellt Centrum att delta i projektet: Sollentuna, Sigtuna, Stockholm stad, Lidingö, Sundbyberg,

Upplands Väsby, Huddinge, Södertälje, Botkyrka. Mejlet innehöll en kort beskrivning av projektet och fyra frågor om:

- Antal ensamkommande barn i kommunen, deras boende och skolor
- Hur många ungdomar har gjort hälsoundersökning i Sverige
- Behovet av hälsoinformation hos ungdomar
- Egna synpunkter

Sigtuna, Sollentuna, Sundbyberg, Solna och Lidingö kommun svarade på frågorna. Övriga kommuner hörde inte av sig. Via telefon, lämnades meddelanden om erbjudandet och mailet upprepades. Möten föreslogs med personalen, som har kontakt med ensamkommande barn eller för att presentera projektet på något av deras ordinarie möten för att få feedback av personalen. Kontaktförsöken fortsatte med de kommuner som inte hörde av sig.

Sigtuna

Kommunen har tagit emot totalt 65–70 afghanska ungdomar. Av dem var 30 placerade i Sigtna kommun. Det fanns ungdomar placerade även i andra kommuner exempelvis i Uppsala.

Barnen som var placerade i kommunen bodde på följande boenden:

- Kolsta
- Steninge
- Valsta
- Mjölnergatan
- Mångatan PUT
- Hällsbo PUT

Barnen gick i Valsta skola, Ekill skola och på Arlandagymnasiet.

Utanför kommunen var barnen placerade i följande områden:

- Rimbo
- Tallbacken, Uppsala
- Husbyborg, Uppsala

Barnen gick i skola i: Messingen i Upplands Väsby, Roden gymnasiet i Norrtälje, CIS – Centrum för introduktion i skola, Uppsala fördelade dem sedan på de olika skolorna.

Sollentuna

Tolv afghanska ungdomar bodde i kommunen. Fyra ungdomar bodde i träningslägenhet, sju på Tunberget stödboende och två i familjehem. Ett par asylsökande ungdomar var placerade på HVB-hem i Upplands Väsby.

Alla ungdomar gick i skola, fyra ungdomar på gymnasiet och resterande i förberedelseklasser.

Lidingö

Fyra ensamkommande afghanska barn bodde i kommunen. Några av ungdomarna som var över 18 år har också återförenats med sina familjer och är därför inte ensamkommande längre.

De fyra barnen bodde i ett gruppboende och gick i gymnasieskolan/språkintroduktion. De idrottade inom olika föreningar/verksamheter.

Alla ungdomar genomgick hälsoundersökning och på boendet ingick en framtidsplanering där man gick igenom olika delar av samhället, som en förberedelse inför vuxenlivet.

Samtalen handlade om vad de behövde för stöd i utbildningen, bostadssituationen, på arbetsmarknaden och kanske även mer inom hälsoområdet, till exempel våga gå till en ungdomsmottagning.

Botkyrka

I kommunen bodde fem afghanska ungdomar.

Två bodde på Vårljus Flemingsberg, en på Vårljus Upplands Väsby, en i jourhem, Vendelsö och en på nätverkshem i Tumba.

Kartläggning av ungdomars hälsa

Genomförandet av projektet fas 2, kartläggning av hälsan, grundade sig på information från diskussioner med ansvariga i kommunerna, boende och skolans

personal och Socialstyrelsens rapport 2013 ”Ensamkommande barns och ungdomars behov – en kartläggning”.

Nedan direkt citeras utdrag ur Socialstyrelsens rapport 2013 – delar som är aktuella för projektet (sidorna 20-22).

”ENSAMKOMMANDE BARNS OCH UNGAS BEHOV – EN KARTLÄGGNING.

Hälsa

Ofta kommer de ensamkommande barnens psykiska ohälsa till uttryck som sömnsvärigheter, återkommande mardrömmar och svårigheter med att komma till ro på kvällen. I skolsammanhang och av boendepersonal kan vissa av de ensamkommande ungdomarna upplevas svårhanterliga för att de reagerar med ilska eller med ett utåtriktat och aggressivt beteende. Andra utvecklar istället koncentrationssvärigheter eller väljer att dra sig undan sociala sammanhang eller att isolera sig. En problembild med hälsorisker relaterade till rökning, alkohol och droger kom upp vid dialogmötena och att detta är något som socialtjänsten och boendena behöver bli bättre på att uppmärksamma.

Psykisk ohälsa

Situationen i Sverige med en ibland lång och oviss väntan på ett slutligt asylbeslut kan i många fall bidra till att en psykisk ohälsa förvärras. För de barn och unga som utvecklat psykisk ohälsa är det en stor utmaning för BUP att anpassa rätt vård- och behandling och många barn och unga får inte den hjälp de behöver.

Det finns svårigheter på många håll att remittera ensamkommande barn till BUP, både för akuta behov av vård – t.ex. när ett barn eller ungdom visar

kraftiga reaktioner vid avslag på sin asylansökan eller vid annat uppenbart psykiskt lidande som medför funktionsbortfall samt för längre tids behandling och uppföljning. Vissa BUP-mottagningar tar inte emot ungdomar som fyllt 16 år för nyinskrivning och vissa tar inte emot barn och ungdomar som befinner sig i en asylprocess. Detta skapar ett behandlingsvakuum för de barn och unga som blir utan vård.

Förebyggande av psykisk ohälsa

Kunskap om metoder som kan förebygga psykisk ohälsa hos ensamkommande barn bedöms otillräcklig. Barns och ungas välmående och välbefinnande kan ökas genom t.ex. deltagande i fysisk aktivitet och genom en strukturerad och förutsägbar vardag. Att gå i skolan som andra barn och ungdomar är också en välmåendefaktor för barn som befinner sig i osäker väntan.

Det finns goda erfarenheter av att driva s.k. "narrativ gruppintervention" förebygga psykisk ohälsa med ensamkommande ungdomar liksom att undervisa barn och ungdomar i vad som kan anses vara "normala" reaktioner på svåra upplevelser och i olika andningstekniker och avslappning.

Fysisk hälsa

Beträffande fysisk hälsa framkom från flyktinghälsan i Malmö att utöver psykosomatiska problem (såsom koncentrationssvårigheter, sömnproblem, huvudvärk, spändhet, dålig aptit, yrsel, sorg) är det även vanligt att barnen har olika fysiska problem såsom felläkta arm- och benbrott, cirkulatoriska sjukdomar, ryggont och dåliga knän. Detta beror inte sällan på att många av ungdomarna har arbetat sedan unga år. Ca 85 procent av de ensamkommande asylsökande ungdomarna som undersökts inom Flyktinghälsan i Malmö remitteras vidare för olika insatser inom hälso- och sjukvården."

Kartläggning av ungdomars hälsobehov

Följande problemområden med behov av kunskapsöverföring har kommit fram under olika möten med boendepersonal i Sollentuna och på Arlandagymnasiet med rektor, skolsjuksköterska, BUP och övrig boendepersonal:

- Hur hanterar man stress
- Sömn
- Relation med motsatta könet
- Språksvårigheter, man vågar inte tala om när man inte förstår någonting. Personalen tror att det upplevs som skam om man säger "jag förstår inte" eller att man ser dum ut
- Ansvar för sina handlingar
- Kvinnosyn
- Mobbning
- Sexuella föreställningar
- Socialt nätverk
- Integration
- Uttalade lagar som – stå i kö, ge sin plats till äldre

Mina rättigheter

- Man är hela tiden rädd för att blir orättvist behandlad. Vilka är mina rättigheter? Ibland tolkas det så att man ska få det man önskar sig oavsett om det är rimligt eller inte, t.ex. Jag vill ha miniräknare nu! Det är min rättighet. Eller att man ska få den mat som man vill ha.

Kontroll på ekonomin

- Ett förslag som vissa boenden prövar är att ungdomarna får pengar för att handla själva. Då får de lära sig vad saker kostar t.ex. ett kilo frukt. Personalen slipper stå till svars, varför det inte finns tillräckligt med frukt eller varför någon av dem inte kan få några kycklingar.

Språket

- Det kan vara svårt med nyanser i svenska språket och det kan ibland uppfattas respektlöst. Exempelvis skillnaden mellan ”jag **vill** ha ett äpple” och jag **ska** ha ett äpple”.

Skolan och utbildning

- Utbildningssituationen skiljer sig mellan Sverige och Afghanistan. Vad innebär utbildning och skolan? Är det att man sitter i skolbänken och att man kan få stryk. En elev upplevde inte undervisningen som något lärande under den första skoldagen och kom tillbaka hem. Hans svar på varför han inte stannade var att det inte var någon skola. Han förknippade lärande med en mer auktoritär undervisning.

Kost

- Ungdomarna gillar inte maten
- Personalen tycker att ungdomarna inte har någon uppfattning om hälsosam mat
- Någon vill laga två kycklingar
- Någon vill bara ha kycklingbröstfilé för att han tränar
- En tycker att han ska få två kilo apelsinjuice om dagen för att han tränar

Information om ungdomars behov från Botkyrka kommun

- Egen hygien och egenvård, (d.v.s. hur man sköter sin kropp och hälsa, hur man tar hand om enklare sår, vad händer när man får feber o.s.v.).
- Hitta rätt i vården, vart man ska vända sig om man blir sjuk, kunskap om sjukvårdsrådgivningen 112 och att den finns på flera språk.
- Kunskap om den egna kroppen, vad händer när man blir tonåring, ”normala” förändringar acne, växtvärk o.s.v.
- Hur barn blir till (för de vet inte de flesta) och hur man skyddar sig från oönskade graviditeter och sjukdomar.

- Kulturella skillnader och sociala koder, män – kvinnor.
- Grundläggande kunskaper om vad som är bra kost, träning, motion o.s.v.
- Tobak och droger – skador och konsekvenser. Hjälp att sluta röka.

Frågan om afghanska flyktingar har hanterats olika från ansvariga i kommuner, skolor eller boenden. Detta har gjort att arbetet varierat och i vissa kommuner har ansvarig person varit svår att nå speciellt under kartläggningsfasen.

EN KVANTITATIV SAMMANFATTNING AV PROJEKTET

Fas 2

Under genomförandet av projektet har sammanlagt;

95 träffar genomförts, 17 grupper med totalt 187 personer, mellan 15–70 år;

- 136 ungdomar mellan 15–20 år, i 12 grupper, 111 pojkar, 25 flickor
- 51 vuxna, mellan 20–70 år, 5 grupper, 42 kvinnor, 9 män

Antalet träffar för varje grupp varierade mellan 2 till 10.

Till det antal som deltog i grupperna har tillkommit nya deltagare, ungdomar som inte tillhörde gruppen eller boendet och var inbjudna av sina vänner.

Hösten 2013

Under hösten har sammanlagt 24 träffar genomförts, 3 grupper, mellan 15–70 år

Totalt 36 personer;

- 17 ungdomar, 13 pojkar, 4 flickor
- 19 vuxna, 15 kvinnor (mellan 35–70 år) och 4 unga män (20–38)
- Ungdomar i SPRINT*-gymnasiet, 4 träffar, 17 ungdomar, 13 pojkar och 4 flickor

- Huddinge, afghanska vuxna, basgrupp**, de flesta analfabeter, 10 träffar, 12 deltagare, 8 kvinnor (mellan 35–70 år) och 4 män (20–38)
- Sollentuna, 1 grupp afghanska kvinnor, 10 träffar, 7 deltagare

* SPRINT: står för språkin introduktion. Skolan har introduktionsprogrammet Språkin introduktion.

** Bas = Sfi (svenska för invandrare) + baskunskaper + arbetsmarknadsintroduktion. Basutbildning har nyanlända kortutbildade och analfabeter som målgrupp.

Ungdomar som får börja på skolan är:

- Nyanlända asylsökande ungdomar bosatta i Stockholm som fyller 16 år till dagen innan de fyller 18 år.
- Nyanlända invandrarungdomar med uppehållstillstånd eller uppehållsrätt folkbokförda i Stockholm som fyller 16 år till och med mitten av vårterminen det år de fyller 19 år.

Våren 2014

Det har genomförts sammanlagt 29 träffar, 6 grupper, mellan 15-20 år

77 personer, alla ungdomar, 62 pojkar, 15 flickor

- Sigtuna, Arlandagymnasiet. 2 grupper ungdomar, 6 träffar

Grupp 1: 15 ungdomar, 11 pojkar, 4 flickor

Grupp 2: 15 ungdomar, 13 pojkar, 2 flickor

- Upplands Väsby: 2 grupper, Väsbygymnasiet, 12 träffar, 31 ungdomar

Grupp 1: 12 pojkar, 3 flickor

Grupp 2: 14 pojkar, 2 flickor

- Sollentuna: 1 grupp ungdomar, flyktingmottagningen, 7 träffar, 5 pojkar

- SPRINT- gymnasiet, ungdomar, 4 träffar

Antal: 11, 7 pojkar, 4 flickor

Hösten 2014

Det har genomförts sammanlagt 22 träffar, 6 grupper, totalt 52 personer

20 ungdomar, 3 grupper mellan 15–20 år, 18 pojkar, 2 flickor,

32 vuxna, 3 grupper, 27 kvinnor, 5 män

- Solna: ungdomar i boende, 2 träffar, 9 pojkar
- Sundbyberg, ungdomsgrupp i boende, 5 träffar, 4 pojkar
- Lidingö: basgrupp vuxna: 3 träffar, 12 personer, 10 kvinnor, 2 män
- Sigtuna: basgrupp vuxna, 5 träffar, 15 personer, 14 kvinnor, 1 man
- Järfälla: basgrupp vuxna, 3 träffar, 5 personer, 3 kvinnor, 2 män
- Stockholm stad: Sprintgymnasiet, 4 träffar, 5 pojkar, 2 flickor

Våren 2015

Det har genomförts sammanlagt 20 träffar, 5 grupper, totalt 54 personer

22 ungdomar, mellan 15–20 år, 18 pojkar, 4 flickor

32 vuxna, 27 kvinnor, 5 män

Fortsättning höst 2014

- Lidingö: basgrupp vuxna: 7 träffar, 12 personer, 10 kvinnor, 2 män
- Sigtuna: basgrupp vuxna, 5 träffar, 15 personer, 14 kvinnor, 1 man
- Järfälla: basgrupp vuxna, 1 träff, 5 personer, 3 kvinnor, 2 män

Nya grupper våren 2015

- Stockholm stad: Sprintgymnasiet, 2 träffar, 13 pojkar, 4 flickor
- Sundbyberg, ungdomsgrupp i boende, 5 träffar, 5 pojkar

Genomförandet av gruppträffarna Fas 2

Kartläggningen och genomförandet har fungerat olika beroende på hur frågan har hanterats av ansvariga från kommunen, skolan eller boendet.

Vissa kommuner har varit ambitiösa och ordnat möten och scheman för träffarna. I några fall har planeringen varit mindre bra på grund av bristfällig information t.ex. att deltagandet var frivilligt. Detta gjorde att få elever deltog.

Skolans inställning till träffarna var väldigt avgörande för hur genomförandet kunde ske.

Tiden för träffarna varierade på olika arenor. I skolorna var det oftast under skoltid och på andra arenor som boende- och flyktingmottagningar senare på dagen efter skoltiden.

Gruppsammansättningen och stämningen i grupperna varierade och kunde påverka innehållet av ett ämne att passa exakt deras aktuella behov. Exempelvis var det i en grupp mest fokus på vad man kan göra om man tycker att läraren uttrycker sig rasistiskt. Vad gör man mot diskriminering?

En annan fråga som kom upp i gruppen vid ett tillfälle ”vad heter ’dadgah’ på svenska?” Svaret var rättgång!

Det var ett tydligt fokus hos ungdomar mer på rättigheter än på skyldigheter.

Det var en mycket stark hierarki bland ungdomarna utifrån religion, samhällsklass och stam som de kommer ifrån.

Deltagarnas förväntningar varierade också vid första tillfället beroende på den information de fått. Vissa visste ingenting om vad träffarna skulle handla om och vissa förväntade sig att få svar på alla sina funderingar från hälsa, samhälle och kultur- till genusfrågor.

Motivationen i vuxengrupperna ökade medan det varierade i ungdomsgrupperna. Grupptricket påverkade ungdomarna mycket. En bra och positiv gruppdynamik som det var i vuxengrupperna ledde till att de ville ha flera gruppträffar. I grupper, där

gruppleddare av någon anledning inte informerat om träffarna, vågade ingen vara närvarande. Detta hände på ett boende.

I vissa grupper fick en del ungdomar inte ta del av hälsoinformationen oftast på grund av grupptryck. I ett annat fall var det brist på information från skolans sida till ungdomarna vad det handlade om och vikten av att delta.

Arbetsmetod

Metoden var dialogpedagogik, vilket innebär att hälsokommunikatören träffade grupper och kunskapsöverföringen baserades på dialog.

Powerpointbilder har skapats för olika hälsoteman och använts vid gruppträffarna.

Resultat och hur individerna har upplevt gruppträffarna har följts upp efter varje tema; via samtal med ungdomar vid nästkommande träffar och genom att ungdomarna har fyllt i utvärderingsblanketter på den sista gruppträffen.

Träffarna har ofta börjat med "vad är hälsa och ohälsa", vilka faktorer kan man påverka och vilka inte, varför är jag här, hur migration kan påverka hälsan, vikten av empowerment och hur man kan hantera situationen för att behålla sin fysiska och psykiska hälsa?

Varje ämne har haft ett klart mål för temat t.ex. ämnet stress. Vad är stress, vad händer i kroppen, hur påverkar stress och hur kan man hantera stress? Var och en i gruppen har tillfrågats om vilka situationer som upplevs stressande. Senare har frågorna följts upp med diskussion om eventuella förändringar.

Arbets sättet har anpassats efter gruppens behov på arenor som har utrymme för att vara flexibla. Till exempel kan det planerade temat vara att prata om sex och samlevnad. Men om frågan om pollenallergi som en av ungdomarna har besvär med kommer upp, då blir det ämnet, allergi och egenvård.

På vissa arenor t ex Sprintgymnasiet hade skolan önskemål om vilka teman som skulle tas upp.

Teman

Ett 30-tal olika hälsoteman fanns utarbetade, exempelvis hälsosam livsstil, levnadsvanor, hitta rätt i vården, egenvård, sexuell och reproduktiv hälsa samt munhälsa.

<i>Bas modul</i> • Hälsa: introduktion • Att hitta rätt i vården • Egenvård • Munhälsa	<i>Modul 1</i> <i>Migration och psykiska ohälsa</i> • Stress • Sömn • Huvudvärk
<i>Modul 2</i> <i>Levnadsvanor</i> • Hälsosam mat • Fysisk aktivitet • Övervikt och fetma • Tobak • KAT missbruk • Alkohol • Spelvanor	<i>Modul 3</i> <i>Sexuell hälsa och samlevnad</i> • STI-sjukdomar • Preventivmedel • Könstympning

Modul 4

Familj- och kvinnohälsa

- Föräldraskap
- Våld mot kvinnor
- BMM
- Bröstcancer
- Viktiga undersökningar

Modul 6

Övrigt

- Att åldras i Sverige
- Första hjälpen
- Empowerment

Modul 5

Barn hälsa

- BVC och vaccinationer
- Barns rättigheter
- Vägledande samspel
- D-vitamin
- Autism

Vilka teman som slutligen valdes berodde på de enskilda gruppernas behov och önskemål. Innehållet förmedlades vanligen i form av dialog och reflektion tillsammans med deltagarna, med fokus på motivation.

En reflektion har varit att ungdomar uppskattade och behövde mer hjälp med att få vägledning om vad som händer nu istället för att diskutera vad som varit.

Ungdomarnas frågor handlade mest om: studier, framtiden, språk, självförtroende, koncentration, socialt nätverk och hjälp med fysisk aktivitet. Sömn och stress var aktuella ämnen och därefter tobak, alkohol.

Exempel från gruppträffarna

Tema stress

Gruppträffarna inleddes med introduktion om vad träffarna skulle innehålla. Efter diskussion om vad som kändes mest angeläget att diskutera var nästan alla överens om att det är stress.

- En pojke kunde inte undvika ”skakande i sina fötter” och några säger att han var väldigt stressande. Han upplevde det som mycket störande.
- En av flickorna sade att hon känner mycket stress när hon ska ta bussen.
- En pojke sade att han brukar uppleva stress när han har prov. Han skriver och sedan suddar han och skriver fel.
- En pojke pratade om stressen under flykt till Sverige via Grekland
- Några ungdomar föredrog att lärarna delar upp klassen i grupper. Det upplevdes som ett stressmoment att man själv ska ta initiativet och välja att gå in i en svensk elevgrupp.
- En flicka berättade att hon upplevde stress i somras när hon blev kär i en afghansk pojke som går i samma skola. Hon uttryckte sina känslor för honom men hon fick ett ”nej” på grund att han är sunnimuslim och hon är shiamuslim. Flickan var också orolig över kroppsliga symptom som hon hade fått i samband med ”kärleken” det som hon tolkade som tecken på stress.
- En pojke berättade att Migrationsverket bedömt och skrivit fel ålder på hans bror. Bröderna har nu samma ålder på alla papper.

I gruppen diskuterades stress och vad man blir stressad av och hur vi kan hantera stressen, från andliga metoder till planering. Fram till nästa träff fick deltagarna jobba med att hantera stressen och sedan berätta vad de tyckte hade varit till hjälp.

Kost

Det kom fram under vår träff om mat att de flesta inte äter frukost. Olika alternativ diskuterades. Om man absolut inte kan äta frukost innan man kommer till skolan föreslogs att var och en skulle ta med en smörgås och äta den under rasten "Ok, i så fall ska vi göra 20 mackor så det räcker till alla."

Kulturella aspekter säger att man inte kan äta ensam utan man ska bjuda andra, även om man själv inte får någon smörgås. Man vill att alla ska få och man glömmer då att man måste göra många smörgåsar varje gång.

Det kändes så allvarligt att de flesta inte hade ätit frukost. Hur kunde de klara sig hel förmiddag utan att äta någonting?

Diskussionen resulterade i två alternativa förslag, antingen tar var och en smörgås med sig och om någon anser att det är fel och oartigt, hänvisa till gruppledaren. Det andra förslaget var att de skulle äta frukost i gruppvis, 4-5 stycken. Varje dag skulle en i gruppens ansvara för att hämta smörgåsar till alla och se till att alla åt och tillsammans. De skulle träna till nästa träff och se om det fungerade.

Tobak

I en diskussion om varför man använder tobak kom följande svar fram.

- Man vill visa att man har blivit stor
- Minska stressen och lugnande effekten
- Fånga andras uppmärksamhet
- Grupetryck

Vi försökte fokusera på lugnande metoder för att minska stressen som ett alternativ till tobak, narkotika och alkohol och därigenom förstärka deras självförtroende.

Sociala koder

Av våra diskussioner och ungdomarnas berättelser kom det fram svårigheter med att man inte känner till hur samhället fungerar. Flera ungdomar kunde berätta om situationer när bristen på kunskap om sociala koder förorsakat problem och t.o.m. fått juridiska konsekvenser. Speciellt i relationer mellan pojkar och flickor.

Inför en lektion blev det konflikt mellan några av pojkarna på grund av deras olika bakgrund. Vilken religion de har, sunnimuslim eller shiamuslim, ekonomisk situation, språk eller vilken del av hemlandet de kommer ifrån har väldigt stor betydelse. Sådana värderingar var så känsliga och kunde snabbt utvecklas till konflikt och även till bråk och fysiskt våld.

Konflikten klarades upp av en del av dem. Föreläsningen av gruppsamtalet ägnades åt att tala om tolerans och hur man hade kunnat lösa problemet på annat sätt.

Gruppen fortsatte sedan med att diskutera stress, sociala faktorer och sociala nätverk. Flera av dem påstod att de känner sig ensamma. Vi pratade mest om olika möjligheter och tillfällen som finns för att skapa ett socialt nätverk.

Sex och samlevnad

Att ta upp känsliga ämne som sex med rubrik, ledde till starka reaktioner bland ungdomarna. En stor utmaning i projektets genomförande var hur man får en dialog om känsliga ämnen. Ett sätt var att fånga varje tillfälle när ungdomarna frågade någonting som berörde känsliga ämnen och gå djupare i ämnet.

De som hade störst behov av information var mer motvilliga att lyssna. Ett sätt var att ha en något mer neutral rubrik som "Relationer och sociala normer i Sverige". Att börja tala om olika former av relationer i det nya samhället och sedan utveckla och jämföra med normerna i deltagarnas länder. Brainstorming ledde ofta till diskussioner och jämförelser.

Det var väldigt stora skillnader på ungdomarnas syn när det handlade om sex. Någon ville ha imamens bekräftelse för att ha en relation med det motsatta könet och frågade hur det fungerar i Sverige med tillfälligt äktenskap, som kallas "sighe", en godkänd religiös form av relation med en kvinna (inte oskuld).

Vid ett samtal om relationer i Sverige ville de veta vad normerna säger om X-relationer. Med X- menade de att man har en sexpartner.

Andra aktuella frågor var smittsamma sjukdomar och samlevnad i Sverige, onani, homosexualitet, pedofili i Afghanistan, oskuld, sexpartner, kvinnoönskan, könsstympning, hur man kan skapa kontakt med det motsatta könet, och varför man svettas när man vill prata med det motsatta könet.

Relationer mellan afghanska ungdomarna av motsatta kön påverkades även av värderingar som handlar om vilken religion, samhällsklass, stam, och del av landet som de kom ifrån.

Extra informationsmaterial

Ungdomarna på Upplands Väsby gymnasiet fick två handledningsböcker¹ på persiska² om pubertet, två enskilda böcker för flickor och pojkar. Böckerna informerar om puberteten och vad som händer under den perioden av livet i sju kapitel.

Ungdomarna visade också stort intresse för att få böckerna, speciellt pojkarna. De fick böckerna innan sommarlovet och tanken var att de skulle läsa böckerna för att sedan utvärderas under hösten. Men tyvärr blev det inte något ytterligare möte med ungdomarna och därför uteblev återkopplingen.

UTVÄRDERING

Vid den sista träffen gjordes en utvärdering via utvärderingsblanketter³. Beroende på utbildningsnivån valdes passande utvärderingsblankett för gruppen. I den sista enkätfrågan kunde de öppet uttrycka sina åsikter och nämna eventuella förslag för fortsättningen. Resultatet visade stor uppskattning av innehållet och önskemål om fortsättning av träffarna.

Utvärderingsenkäterna användes för en kontinuerlig utveckling och anpassning av modulerna till respektive grupper, inte för att hämta fram några statistiska slutsatser.

¹ - Era of Blossoming (A Manual on Adolescent boys Puberty)
- Era of Blooming (A Manual on Adolescent Girls Puberty)

² Språket persiska (farsi) och dari (farsi dari) är väldigt lika och skiljer sig bara i små detaljer.

³ Se appendix

Projektets resultat och effekter

Några slutsatser som kan dras från projektet;

Information och dialog på respektive modersmål gav utrymme för att ställa frågor och uttrycka sina funderingar utan att tänka på hur man ska undvika att bli missförstådd.

Information om hälsofrågor bör noggrant anpassas efter målgruppen och utgå från kunskaper och erfarenheter från hemlandet jämfört med hur det fungerar i det Sverige.

Information om hälsa bör ske så tidigt som möjligt efter ankomsten till Sverige. Det förebygger fysisk och psykisk ohälsa och underlättar integration. Enkla förebyggande råd hur man kan hantera problem som med tiden kan skapa allvarliga problem kan undvikas.

Ungdomarna visade i utvärderingsenkäterna och uppföljningssamtalen mindre stress, bättre självförtroende, bättre koncentration och skolresultat.

Kunskap om sex och samlevnad visade sig vara mycket viktigt. Exempelvis hur man skapar kontakt med motsatta könet, vad är tillåtet och vad kan leda till konsekvenser från samhället.

När det gäller de vuxna flyktingarna visade enkäter och uppföljning efter hälsoträffarna en bättre uppfattning om nuvarande hälsosituation och vikten av att ta hänsyn till den fysiska och psykosociala hälsan. Resultatet var synligt genom att de var mindre stressade, sov bättre och motionerade mer. Förändringar i beteenden visade sig både i deras skolarbete, tro på framtiden och en bättre hemmiljö som gynnar barnen. Barnen som ofta blir påverkade av föräldrarnas stress och förvirring.

Utvärderingsenkäter användes för en kontinuerlig utveckling och anpassning av modulerna till respektive grupper, inte för att hämta fram några statistiska slutsatser.

Många ungdomar önskade individuella samtal med hälsokommunikatören vilket visade på betydelsen av språket och kulturellt sammanhang för att kunna förmedla svårigheter, speciellt när det gäller psykiska problem. Önskemål om att kunna prata om sina problem utan en tredje persons närvaro, t.ex. tolk, ger mer tillit och trygghet.

Anpassade utbildningar för personalen på boenden och skolor som jobbar med ensamkommande barn kan underlätta för både ungdomarna och personalen och skapar bättre förståelse mellan dem.

På kort sikt kan detta projekt ha lett till:

- Bättre fysisk och psykisk hälsa
- En lättare och mindre stressig vardag
- Ökade kunskaper om hälsosam livsstil
- Lugnare och mer trivsamt hemmiljö
- Hälsosammare mat, mer fysisk aktivitet
- Integration i samhället

På lång sikt kan detta projekt ha lett till:

- Bättre fysisk och psykisk hälsa
- Bättre integration
- Framgångar i familjeliv, socialt liv, studier, karriär

DISKUSSION

Brist på kunskap om hur det fungerar i det nya landet, hur man handskas med nya utmaningar, och förväntningar påverkar ungdomarnas psykiska hälsa och välbefinnande.

Rätt information om hur det fungerar med sex och samlevnad i Sverige skulle kanske förhindra problematiska situationer. Vissa flickor skulle inte klaga hos lärarna att de känner sig obekväma av vissa pojkars blickar. Flickorna känner sig som att pojkarna ser dem nakna.

Det har varit en stor utmaning att föra dialog om känsliga ämnen. Ungdomarna har visat starka reaktioner när rubriken på temat har handlat om sexualitet.

Ett annat sätt att få igång diskussioner om sexualitet var att fånga varje tillfälle när ungdomarna frågade någonting som berörde känsliga ämnen. Då har grupperna öppnat sig och diskussionerna har blivit djupare. När det har talats om relationer

mellan de motsatta könen i Sverige har många frågor ställts om vilka normer som gäller. Speciellt när det handlar om afghanska flickor, som ibland uppfattar att pojkarna ser ner på dem och behandlar flickorna på ett traditionellt afghanskt sätt. Men i de flesta fall har inte pojkarna den traditionella synen på kvinnor.

När man jämför synen på kvinnan i ungdoms- respektive vuxengruppen ser man att det har skett förändringar mellan olika generationer. Ett exempel är diskussionen om preventivmedel i en vuxen kvinnogrupp från Afghanistan. När manliga preventivmetoder diskuterades, undrade de om de metoderna inte är skadliga eller har biverkningar för män. Ingen undrade om biverkningar av kvinnors preventivmetoder. Varför var de så oroliga för männens?

Den yngre generationen var medveten om att de har samma rättigheter som pojkar. Detta skapade oro hos pojkarna. "Varför är afghanska flickor är otrevliga mot dem och söker sociala nätverk hos andra ungdomar, från andra länder istället för afghanska pojkar?".

Skolans roll

Skolan kan spela stor roll för hur ungdomar mår. De pratade om negativ och positiv stress, om läraren som de tyckte diskriminerade dem. Bara två elever hade fått chansen att göra ett prov för att kunna gå vidare till nästa nivå. Andra tyckte att de inte hade någon motivation och kände sig besvikna och orättvist behandlade. De ville att jag skulle prata med läraren.

I en grupp pratade alla elever om en lärare som de tyckte framkallade stress. De kände att oavsett hur mycket de ansträngde sig fick de negativa kommentarer och känslan av att de inte dög.

De tyckte att det var hopplöst att anstränga sig. Läraren gav likadana uppgifter till alla och förväntade sig lika bra resultat trots att de skiljde sig väldigt mycket när det gällde skolbakgrund i hemlandet.

Boendets roll

I vissa fall saknades det förståelse för ungdomarnas situation bland personalen på boendet. I några fall påstod ungdomarna att de fick sin medicin för depression eller andra psykiska sjukdomar i sammanhang där andra ungdomar var närvarande, vilken skapade stor nyfikenhet hos andra ungdomar. "Vad är det för medicin och för

vilken sjukdom används den?”. Deras upplevelser har varit så obehagliga och kränkande att i vissa fall har ungdomarna pratat med projektledaren och frågat om de skulle avbryta behandlingen. I sådana situationer har projektledaren försökt att uppmuntra ungdomarna att ta upp problemet med sin handläggare eller psykoterapeut som i sin tur kan tala med personalen på boendet. Ibland har tilliten för boendepersonalen saknats.

Vårdpersonalens roll

- Ökad kunskap till personalen om skillnaden på vårdssystem och synen på psykiska sjukdomar mellan olika länder är oerhört viktigt.
- Att ta hänsyn till kulturella aspekter kan skapa bättre bemötande mellan vårdsystemet och afghanska ungdomar.

En förbättring inom de olika ovan nämnda områdena kan ge ett förbättrat bemötande av den afghanska flyktinggruppen från kommun- och landstingspersonalens sida. Utbildning för personalen kan ha stor betydelse. När hälsokommunikatörerna får ta del av flyktingarnas hälsoproblem, behov, erfarenheter, oro, frågor, synsätt och farhågor kan denna kunskap förmedlas vidare till personal i sjukvård och kommun.

Om ungdomarnas behov av hälsotemat var tydligt för kommuner, skolor och boenden skulle det inte vara så svårt att erbjuda hälsoinformation och skulle även ge möjlighet för flera ungdomar att delta i hälsoträffarna. Det förklarar också en del av svårigheterna att nå ensamkommande barn och varför projektet inte kunde inte ta in mer än 136 av 645 ensamkommande ungdomar i Stockholms län som var förväntat.

PLAN FÖR VIDMAKTHÅLLANDE OCH VIDARE TILLÄMPNING

Hälsokommunikation på arabiska, somaliska, tigrinja och lätt svenska är en permanent del av Transkulturellt Centrums verksamhet. Arbetet är huvudsakligen finansierat av hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Stockholms läns landsting men också delfinansierat av medverkande kommuner. Antalet kommuner som anslutit sig till arbetet har hela tiden ökat och därmed även basen för finansiering. Avtalen löper på 3 + 2 år från 2013. Detta projekts resultat visar att det även behövs ett permanent arbete riktat mot ensamkommande ungdomar.

SAMMANFATTNING

Detta tvååriga projekt visar att det finns ett stort behov av hälsokommunikation för ensamkommande ungdomar. Hälsokommunikationen behöver ske på modersmål i dialogform och anpassas till ungdomars särskilda behov. För en långsiktig och hållbar utveckling av hälsokommunikation för ensamkommande behövs en permanent finansiering enligt den modell som finns för det övriga hälsokommunikationsarbetet. En modell som innebär ett samarbete mellan landsting och kommuner.

BILAGOR

Svensk version av hälsokommunikatörernas utvärderingsblanketter:

Hälsokommunikatörer i Stockholms län

Utvärdering av gruppsamtalen

Datum.....

Plats.....

Kvinna ☐ Man ☐

➤ I hur många träffar deltog du?.....

1. Hur lätt eller svårt var det att förstå innehållet, det som gruppsamtalen handlade om?

Lätt ☐ Varken lätt eller svårt ☐ Svårt ☐

2. Tycker du att du har fått nya kunskaper?

Ja ☐ Nej ☐

➤ Om ja, tror du att du kommer att använda dig av dessa kunskaper i ditt vardagliga liv?

Ja ☐ Nej ☐

3. Vilka gruppsamtal tycker du var viktigast?

1).....

2).....

4. Uppfattar du att Hälsokommunikatörerna har bra/tillräcklig kunskap om det som de undervisar i?

Ja ☐

Nej ☐

Ingen uppfattning ☐

5. Är det något annat som du också hade velat få information om under gruppsamtalen?

Ja ☐

Nej ☐

Om ja, vad saknade du?

6. Har du förslag på hur träffarna skulle kunna förbättras?

.....
.....
.....
.....
.....

➤ Övriga Kommentarer

.....
.....
.....
.....
.....

Hälsokommunikatörer i Stockholms län

Utvärdering av gruppsamtalen

Datum.....

Plats.....



Man ☐



Kvinna ☐

1. I hur många träffar deltog du?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

2. Hur lätt eller svårt var det att förstå innehållet, det som gruppsamtalen handlade om?



Lätt ☐



Varken lätt eller svårt ☐



Svårt ☐

3. Tycker du att du har fått nya kunskaper?



Ja ☐



Nej ☐

4. Använder du dig av dessa kunskaper i ditt vardagliga liv?



Ja ☐



Nej ☐

5. Vilka gruppsamtal tycker du var viktigast?



☐ **Hälsosam mat**

☐ **Stress**



☐ **Fysisk aktivitet**



☐ **Sömn**



☐ **Migration och hälsa**



☐ **Hitta rätt i vården**

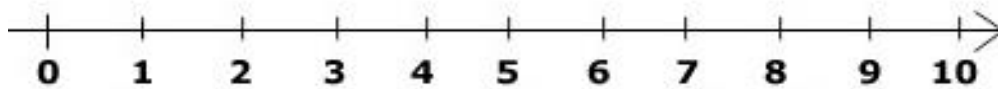


☐

Munhälsa



6. Uppfattar du att Hälsokommunikatörerna har bra/tillräcklig kunskap om det som de undervisar i?



7. Önskar ni ha mer träffar?



Ja ☐



Nej ☐

Om ja, vad saknade du?

8. Har du förslag på hur träffarna skulle kunna förbättras?

.....

.....

.....

.....

REFERENSER

- Albin B, Hjelm K, Ekberg J, Elmståhl S. Mortality among 723 948 foreign- and nativeborn Swedes 1970-1999. *European Journal of Public Health*. 2005; 15(5) 511-17.
- Foa EB, Keane TM, Friedman MJ. Guidelines for treatment of PTSD. *J Trauma Stress*. 2000; 13(4):539-88.
- Mougne C. (2010). Trees only move in the wind: a study of unaccompanied Afghan children in Europe. United Nations High Commissioner for Refugees Policy Development and Evaluation Service, Geneva.
- Socialstyrelsen. Folkhälsorapport. 2009; Socialstyrelsen.
- UNHCR. (2010). Voices of Afghan children – A study on asylum-seeking children in Sweden.
- www.migrationsverket.se
- <http://www.migrationsverket.se/info/7113.html>
- <http://skl.se/download/18.27a2758c14b3091437edfoc5/1424858345692/Till+kommundirekt%C3%B6rerna+-+om+Bas.pdf>
- <http://sprintgymnasiet.stockholm.se/>
- Soraya Sohrabi. Mohammad-Reza Sohrabi, Era of Blooming (A Manual on Adolescent Girls Puberty), Skolverkets förlag (Anjoman Olia Morabian), 12:e utgåvan, 2014.
- Soraya Sohrabi, Mohammad-Reza Sohrabi, Era of Blossoming (A Manual on Adolescent boys Puberty), Skolverkets förlag (Anjoman Olia Morabian), 12:e utgåvan, 2014.