

# Hälsokommunikatörer i Stockholms län

## En utvärdering av projektverksamheten 2010-2011

Ulrika Baker och Peter Allebeck

Samhällsmedicinska kliniken, Stockholms Läns Landsting  
Avdelningen för Socialmedicin, Karolinska Institutet

Mars 2012



EUROPEISKA UNIONEN  
Europeiska flyktingfonden



**Karolinska  
Institutet**

Författare: Ulrika Baker och Peter Allebeck

Samhällsmedicinska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset  
Stockholms Läns Landsting  
Avdelningen för Socialmedicin, Institutionen för folkhälsovetenskap  
Karolinska Institutet

ISBN: 978-91-7457-707-5

Karolinska Institutet  
Institutionen för folkhälsovetenskap  
Avdelningen för Socialmedicin  
Norrbacka, plan 6  
171 76 Stockholm

Rapporten kan beställas/laddas ner från  
Folkhälsoguiden, [www.folkhalsoguiden.se](http://www.folkhalsoguiden.se)

# Innehållsförteckning

Sammanfattning .....	3
Bakgrund.....	5
Introduktion.....	5
Projektet.....	5
Utvärderingen.....	7
Fynd.....	10
1. Projektets struktur.....	10
Organisation.....	10
Uppfattningar om projektets syfte och mål.....	12
Målgruppen .....	12
Hälsokommunikatörer: bakgrund, utbildning och kompetens.....	15
Värden och begränsningar .....	16
2. Projektets processer.....	17
Samarbete med arenor .....	17
Mötet med målgruppen - hälsokommunikation som metod .....	19
Hälsokommunikatörernas roll.....	23
Arbetsbelastning och kapacitet .....	25
Uppföljning av verksamheten .....	25
3. Resultat.....	26
Målgruppens upplevelse av insatsen .....	26
Uppfattningar om effekter .....	30
Sammanfattande diskussion och slutsatser .....	32
Förslag inför framtida verksamhet .....	36
Tack till... ..	39
Referenser .....	40
Appendix 1 .....	41
Undervisningsmoduler i Hälsokommunikatörernas utbildning på KFA .....	41
Appendix 2.....	42
Statistik över Hälsokommunikatörernas uppdrag 2010-2011 .....	42



# Sammanfattning

## *Bakgrund*

1/5 av befolkningen i Stockholms län är född utomlands. Upprepade studier visar att ohälsan i denna grupp är större än för människor födda i Sverige. De som kommer som flyktingar har en särskilt stor risk att utveckla ohälsa i samband med migrationen och etableringen i det nya landet. I mottagandet och introduktionen av nyanlända flyktingar ses människors hälsotillstånd därför som en allt mer viktig del. Hälsokommunikation på modersmål är en metod som införts på olika håll i Sverige för att främja hälsa och motverka ohälsa i denna målgrupp.

Projektet *Hälsokommunikatörer i Stockholms län* pågick under 2010-2011. Projektet ägdes av Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen vilka också delfinansierade verksamheten till 50 % tillsammans med Stockholms stad, Huddinge och Södertälje kommuner med bidrag från Länsstyrelsen. EUs flyktingfond finansierade resterande 50 % och Migrationsverket bidrog med personal-tid. Projektets syfte var ”att främja hälsa och förebygga ohälsa i samband med migration, för asylsökande och kommunmottagna flyktingar och skyddsbehövande personer, genom att förstärka de hälsofrämjande och förebyggande åtgärderna inom primärvården med språkkunniga hälsokommunikatörer som kan nå en grupp som primärvården vanligen inte når”.

## *Utvärderingen*

Utvärderingen av projektet belyser dess struktur, process och resultat och syftar till att besvara vilka effekterna av insatsen blivit för målgruppen samt hur det gått att etablera hälsokommunikatörer (HK) i Stockholms län. Datainsamlingen inkluderade 24 individuella intervjuer med HK, projektledare, styrgruppsmedlemmar och samarbetspartner; 6 gruppintervjuer med sammanlagt 36 deltagare ur målgruppen nyanlända flyktingar; 1 gruppintervju med samarbetspartner samt 1 med hälsokommunikatörer. En sammanfattning av fynden presenteras nedan.

### *1) Struktur*

Det samarbete som skapats mellan olika aktörer och organisationer i projektet har upplevts som värdefullt och ett viktigt steg i sig. Samtidigt uttrycks den ofta oklara ansvarsfördelning för folkhälsofrågorna inom mottagande och etablering av nyanlända flyktingar som en utmaning. När det gäller projektets syfte har flera aktörer saknat mer konkreta mål på individnivå: en tydligare definition av vilka människor man vill nå, med vilken information och vilka resultat man vill uppnå. Målgruppsdefinitionen vilken enligt EUs flyktingfond inkluderat asylsökande och nyanlända flyktingar, men uteslutit invandrare som kommit av andra skäl eller vistats längre tid i Sverige, har utgjort en nödvändig men problematisk begränsning. Att utöka antalet språkgrupper blir också en nyckelfråga framöver. Den problembild som målgruppen uppvisar är omfattande men heterogen. Stress och mental ohälsa bedöms av hälsokommunikatörer och samarbetspartnerna dominera, ofta kopplat till socio-ekonomiska bekymmer. En lyhörddhet bland HK och utrymme att anpassa arbetet efter olika gruppers behov är centralt.

### *2) Process*

Samarbetet mellan hälsokommunikatörer och arenor har generellt varit välfungerande. Det huvudsakliga undantaget har varit primärvården. Problem som identifierats i samarbetet med arenor har framför allt handlat om logistik, organisation och planering av uppdrag. SFI bedöms som den mest optimala arenan med goda förutsättningar för långvarig kontakt med

grupper, potentiell synergism med övrig undervisning och förhållandevis okomplicerad logistik. Dessutom är det en naturlig plattform för att möta nyanlända. Det råder stor enighet om att information och kommunikation på modersmål i gruppform är rätt arbetsmodell för att nå målgruppen. Deltagare ur målgruppen uttrycker att HK är angelägna om att alla ska förstå och ger utrymme för deltagare att bidra och diskutera. De ämnen som behandlats har generellt upplevts som relevanta och att man haft möjlighet att påverka dessa. Det bildmaterial som använts i presentationerna har varit särskilt uppskattat och gjort intryck på målgruppen. HK uttrycker att grupper om ca 15 personer som man har möjlighet att träffa vid 10-12 tillfällen är optimalt. Att införa praktiska moment ses som en viktig utvecklingspotential och något som fallit väl ut för de grupper som provat det.

### *3) Resultat*

Av 36 deltagare i gruppintervjuerna under hösten 2011 hade 3/4 vistats i Sverige i upp till 2 år och nästan lika stor andel hade träffat HK vid fyra eller fler tillfällen. En stor majoritet av målgruppen upplevde träffarna med HK som positiva. De som träffat HK sent efter ankomsten till Sverige och vid enstaka tillfälle upplevde generellt insatsen som mindre positiv. En stor andel av deltagare kunde nämna något nytt som de lärt sig under träffarna. De vanligaste områden som nämndes rörde egenvård/stress, barnuppfostran, könsstympling och kost. Majoriteten rapporterade även att de använt kunskapen som de fått och gjort någon förändring. De områden där man rapporterade förändring i handling eller inställning i störst utsträckning gällde kost, egenvård/stress/sömn, fysisk aktivitet och könsstympling. Uppfattningar om verksamhetens effekter bland hälsokommunikatörer och samarbetspartnerna bekräftar det intryck som målgruppen ger.

Det går inte att verifiera i vilken utsträckning målgruppen påverkats av Hälsokommunikatörernas budskap och faktiskt genomfört förändringar. Det som fynden ändå talar för är att majoriteten av dem som träffat HK: (1) kommer ihåg diskussioner; (2) upplever att de fått ny kunskap och (3) rapporterar användning av kunskapen. Sammantaget talar dessa resultat för att insatsen nått fram.

### *Förslag inför fortsatt verksamhet*

Inför fortsatt verksamhet lämnar utvärderingen följande förslag: (1) fortsatt fokus på nyanlända; (2) prioritera grupper med störst behov av hälsokommunikation; (3) utforska möjlighet av utökad antal språkgrupper genom ett nätverk av hälsokommunikatörer; (4) fokusera på välfungerande arenor; (5) ifrågasätt primärvården som en lämplig arena för att träffa målgruppen; (6) förtydliga mål för verksamhetens innehåll och syfte på individ- och gruppnivå; (7) planera och implementera en föreslagen modell för kontinuerlig uppföljning och utvärdering av verksamheten.

# Bakgrund

## Introduktion

I Stockholms län utgör medborgare födda utomlands 1/5 av befolkningen och invandringen har under en längre period stått för den större delen av befolkningsökningen[1]. Flyktningmottagandet är en liten del av invandringen och varierar i stor utsträckning från år till år beroende på händelseutvecklingen i världen[2]. Av de 30 255 personer som flyttade till Stockholms län från utlandet under 2010 var endast 8 % (2 477 personer) kommunmottagna flyktingar medan det år 2006 mottogs så många som 6 767 flyktingar i länet[3]. Många av de som kommer har flytt förföljelse och konflikter och år 2010 kom sammanlagt 80 % av kommunmottagna flyktingar i Stockholms län från något av länderna Irak, Somalia, Eritrea, Afghanistan eller Iran[3].

I mottagandet och introduktionen av nyanlända flyktingar ses människors hälsotillstånd som en allt mer viktig del[4]. *Tema Nyanlända*, ett regionalt paraplyprojekt lett av Länsstyrelsen för att samla erfarenhet kring integrationsfrågor under 2008-2011, hade just *hälsa* som ett av tre teman[5]. Den senaste Folkhälsorapporten och tidigare studier visar på tydliga skillnader i självupplevd ohälsa mellan medborgare födda i och utanför Sverige, till utlandsföddas nackdel. Det rör både psykisk och fysisk ohälsa samt även psyko-sociala aspekter[6-8]. Migration i sig innebär en stor risk för ohälsa vilket även inkluderar tiden efter ankomsten till det nya landet[4]. Flyktingar hamnar ofta i problembelastade bostadsområden och är i högre utsträckning arbetslösa eller i lågavlönad sysselsättning[2]. Dessa socio-ekonomiska faktorer har i stor utsträckning visats bidra till ohälsan i gruppen[8]. Samtidigt som behovet av hälso- och sjukvård i gruppen är stort finns det ofta en misstro mot vården. Sannolikt spelar både språkliga och kulturella skillnader i förväntningar på vård och behandling en roll i detta[4, 9] Detta ställer krav på hälso- och sjukvården att förstå varje patients unika bakgrund, förväntningar och kunskap och att man hittar nya vägar för att tillgodose befolkningens behov av god vård på lika villkor.

Mot bakgrund av detta har sedan drygt 10 år tillbaka flera projekt med hälsokommunikatörer (HK) startats runtom i Sverige. Arbetsformen finns även under olika benämningar i andra europeiska länder [10-13]. En HK har oftast en vårdrelaterad utbildning och kunskap om sjukvården både i sitt hemland och i Sverige. Utöver detta bör en HK genomgå en utbildning i hälsofrämjande och förebyggande arbete med sin egen språkgrupp. Tanken är att HK ska fungera som en bro mellan flyktningmottagandet och primärvården, både genom att stödja asylsökande och nyanlända flyktingars kontakter med primärvården och genom att underlätta primärvårdspersonalens arbete med dessa grupper [9, 13, 14].

## Projektet

I Stockholm startades projektet *Hälsokommunikatörer i Stockholms län* år 2010 men hade dessförinnan föregåtts av projektet *Regional Samverkan för Integration* (ReSa) som drevs av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) fram till och med december 2009. Inom ramen för ReSa utvecklades det samarbete mellan olika myndigheter inom asyl- och flyktningmottagandet vilket sedan låg till grund för introduktionen och etableringen av HK i Stockholms län [9]. HSF har drivit och ägt projektet. Den totala budgeten om 12 miljoner kronor finansierades till hälften av EUs flyktingfond. HSF bidrog med 5 miljoner och ytterligare 1 miljon kronor kom från de tre samarbetskommunerna Stockholms stad, Huddinge och Södertälje med stöd från Länsstyrelsen (bild 1). Migrationsverket har bidragit med personal-tid.

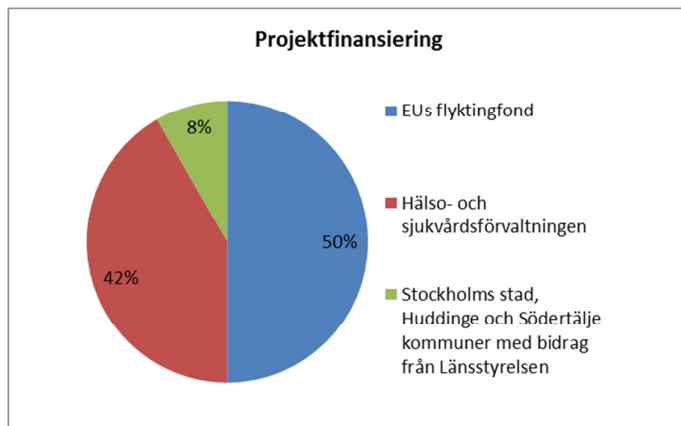


Bild 1: Fördelning av projektfinansiering

Projektets syfte var enligt projektplanen ”att främja hälsa och förebygga ohälsa i samband med migration, för asylsökande och kommunmottagna flyktingar och skyddsbehövande personer, genom att förstärka de hälsofrämjande och förebyggande åtgärderna inom primärvården med språkkunniga hälsokommunikatörer som kan nå en grupp som primärvården vanligen inte når”. De långsiktiga målen enligt samma plan innefattade att: (1) bidra till att stärka och förbättra hälsan bland asylsökande, kommunmottagna flyktingar och skyddsbehövande personer och att på så sätt minska gapet i hälsoskillnader mellan svenskfödda och utlandsfödda; (2) avlasta primärvården och akutsjukhus från återkommande besök vilket leder till sänkta sjukvårdskostnader.

Projektet fick klartecken för finansiering i december 2009 och rekryterade i snabb takt tio hälsokommunikatörer med olika yrkesbakgrund från de fyra språkgrupperna arabiska, somaliska, tigrinja och persiska/dari. Karolinska Institutets folkhälsoakademi (KFA) fick i uppdrag att planera, administrera och genomföra en termins hälsokommunikatörsutbildning från februari till juni 2010. Inför planeringen av utbildningen genomfördes en workshop med representanter från Hälsokommunikatörer i Östergötland, IMHAD, Transkulturellt Centrum (TKC), Sundbybergs Folkhögskola, Flyktingmottagningen i Huddinge, HSF och KFA för att samla erfarenheter. Utbildningen omfattade att såväl teoretiskt som praktiskt förbereda HK för att arbeta hälsofrämjande och förebyggande. Utgångspunkter var att lärandet skulle vara erfarenhetsbaserat och praktiskt inriktat. En målsättning var att samtliga moment i utbildningen skulle genomsyras av ett hälsofrämjande och förebyggande perspektiv, hälsans bestämningsfaktorer dvs. frisk-, risk- och skyddsfaktorer, samverkan med olika aktörer samt såväl ett individ- som grupperspektiv (se appendix 1 för lista på undervisningsmoduler). Undervisningen ägde rum i Karolinska Institutets lokaler och majoriteten av lärare/föreläsare rekryterades från KFA, men också från Stockholms läns landsting (HSF, Transkulturellt Centrum och Lafa-landstinget förebygger AIDS) samt Sundbybergs folkhögskola. Praktik skedde på flyktingmottagande enheter och SFI skolor samt på en familjecentral inom primärvården. För att erhålla examensdiplom krävdes regelbunden närvaro och aktivt deltagande inom samtliga delmoment i hälsokommunikatörsutbildningen [15]. Mer om utbildningen finns att läsa i rapporten *Hälsokommunikatörsutbildning 2010 - beskrivning och uppföljning* [16].

Hälsokommunikatörerna var initialt anställda på HSF men då utbildningen avslutades tog Transkulturellt centrum över anställnings- och personalansvaret. I oktober 2010 påbörjades arbetet med målgruppen och hälsokommunikatörerna hann under projekttiden sedan träffa närmare 1200 personer i 60 grupper. Den stora majoriteten tillhörde målgruppen nyanlända



flyktingar (1 052 personer). 134 asylsökande i språkgrupperna persiska/dari och tigrinja tog del av insatsen vid informationsträffar på Migrationsverket (appendix 2).

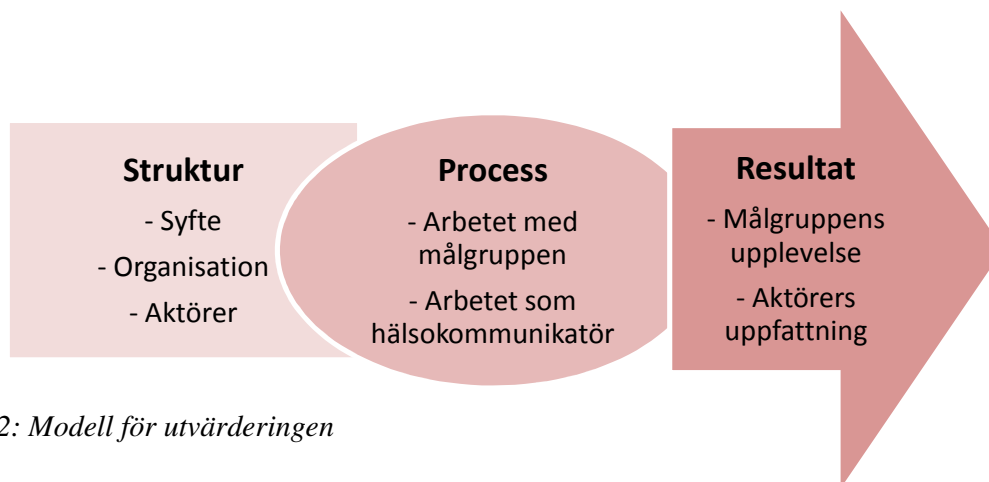
## Utvärderingen

I december 2010, ett år efter att projektet startades, fick Samhällsmedicinska kliniken (SLL) och Avdelningen för Socialmedicin, Karolinska Institutet, uppdraget att genomföra en extern utvärdering av projektet. Syftet var att bedöma projektets resultat utifrån följande frågeställningar:

- Vad har effekten av interventionen blivit för målgruppen?
- Hur har målgruppen uppfattat insatsen av hälsokommunikatörer?
- Hur har etableringen av det nya yrket hälsokommunikatörer uppfattats av berörda aktörer inom olika professioner?

Under planeringsfasen hölls möten med projektledare, hälsokommunikatörer, representanter från HSF och Länsstyrelsen. Telefonsamtal med samarbetspartner från de tre kommunerna samt emailkontakt med styrgruppsmedlemmar bidrog med ytterligare synpunkter. Kontakt togs också med IMHAD projektet i Malmö för en diskussion kring resultatutvärdering. Mot bakgrund av den information som insamlades under denna process samt genomgång av utvärderingar från andra projekt runtom i landet [7, 10, 12] utarbetades en plan.

Utvärderingen valde att analysera projektet utifrån en klassisk modell för att bedöma kvalitet inom hälso- och sjukvården vilken inkluderar struktur-, process- och resultat aspekter av verksamheten (bild 2) [17].



*Bild 2: Modell för utvärderingen*

Det stod tidigt klart att en effektutvärdering av projektets resultat skulle bli svårt. Dels innebär effektmätningar av hälsofrämjande insatser generellt en utmaning då man inte kan förvänta sig resultat på kort sikt. Dels påbörjades utvärderingen i ett sent skede vilket inte gav möjlighet till någon baslinjemätning. I samarbete med avdelningen för Folkhälsoepidemiologi (KI) utarbetades ändå ett förslag om en *folkhälsoenkät i mini-format* för nyanlända flyktingar. Förslaget som innehöll 38 frågor, en stor andel redan översatta på arabiska och persiska, skulle förutom möjligheten att följa upp grupper som träffat HK erbjuda både en kartläggning av hälsoläget i gruppen och en metodutveckling för verksamheten. Ett flertal möten hölls med projektledning och hälsokommunikatörer och även styrgruppen engagerades. Man uttryckte dock stor tveksamhet till att ta resurser för att utveckla och använda detta instrument då

projektet var inne i en känslig period varför förslaget till slut lades på is. I ett tidigt skede diskuterades även möjligheten att genomföra någon form av kunskapstest för deltagare som träffat hälsokommunikatörer. Det fanns i slutändan flera anledningar till att detta inte genomfördes, bland annat att de flesta deltagare är ålagda att närvara och att projektet inte sett hälsokommunikatörernas roll som primärt syftande till informationsöverföring. Utvärderingen valde slutligen att bedöma verksamhetens effekter för målgruppen genom information från kvalitativa gruppintervjuer med nyanlända flyktingar som genomfördes med tolk under hösten 2011 (tabell 2). I dessa kunde både målgruppens tillfredsställelse med insatsen diskuteras samt vilken ny kunskap deltagare fått och hur de använt sig av denna.

De utvärderingar som hittills gjorts av olika hälsokommunikatörsprojekt i Sverige har i stor utsträckning fokuserat på projektens processer vilket har särskilda fördelar när ett nytt hälsoprogram införs och man vill kunna se hur implementeringen gått till [18]. Även i denna utvärdering blev därför detta ett fokus där särskilt samarbetet med arenor och mötet med målgruppen utforskades. Inom ramen för projektets struktur utforskades vidare inte bara organisationen men även uppfattningar om projektets syfte och karaktäristika för huvudaktörerna: målgruppen och hälsokommunikatörer.

Den huvudsakliga datainsamlingen skedde genom intervjuer, både individuellt och i grupp (tabell 1).

Tabell 1: Översikt av metoder för datainsamling

Metod	Vem?	Antal
<b>Individuella intervjuer</b>	Samarbetspartner (2 kommuner, 2 SFI skolor, 1 jobbtorg)	6 personer
	Styrgruppsmedlemmar inklusive projektledare	11 personer
	Hälsokommunikatörer	7 personer
<b>Totalt: 24 personer</b>		
<b>Grupp-intervjuer</b>	Nyanlända flyktingar	36 personer (6 grupper)
	Hälsokommunikatörer	6 personer (1 grupp)
	Samarbetspartner på kommuner och arenor	3 personer (1 grupp)
<b>Totalt: 45 personer (8 grupper)</b>		
<b>Möten &amp; deltagande i seminarier</b>	Hälsokommunikatörer, projektledare, lokal samverkansgrupp, dialogmöten, IMHAD, m.fl.	<b>Totalt: 18 tillfällen</b>

Intervjuguider för samarbetspartner, styrgruppsmedlemmar, projektledare och hälsokommunikatörer *matchades* i stor utsträckning för att belysa samma frågeställningar ur olika perspektiv. Samtliga intervjuer spelades in med godkännande av informanterna, noggranna anteckningar och belysande citat nedtecknades vid genomlysning. En mjukvara för bearbetning av kvalitativa data (Nvivo9) användes för att gruppera informationen i relevanta teman och kategorier. Intervjuerna genererade ett rikt material av kvalitativa data av vilket allt inte kunnat redovisas i denna rapport. Ytterligare information inhämtades från hälsokommunikatörernas *dokumentationsbank* där erfarenheter och citat från gruppträffar dokumenterats av HK. Utvärderingsteamet deltog också i ett stort antal möten och seminarier relaterade till projektet (tabell 1).

Utvärderingen valde att fokusera på målgruppen nyanlända flyktingar både i gruppintervjuerna med målgruppen (tabell 2) och i analys av projektets struktur och processer. Anledningen är att asylsökande utgjort en minoritet (ca 12 %) av de som HK träffat under projektiden (appendix 2) plus att arbetet på migrationsverket inneburit enbart ett tillfälle på 1-2 timmar per grupp.

*Tabell 2: Gruppintervjuer med målgruppen nyanlända flyktingar*

Språkgrupp	Antal kvinnor	Antal män	Antal deltagare totalt	Arena
arabiska	2	3	5	Introduktionsenheten, Huddinge kommun
arabiska	4		4	
tigrinja	7		7	SFI, Tensta
somaliska	8		8	
somaliska	4	2	6	
persiska	3	3	6	SFI, Competens, Vällingby
<b>Totalt</b>	<b>28</b>	<b>8</b>	<b>36</b>	

# Fynd

## 1. Projektets struktur

### Organisation

#### Översikt

Projektets organisation har innefattat en rad aktörer (bild 3). HSF har varit projektägare och där har också projektledaren varit anställd stöttad av en arbetsgrupp med personer från enheten för barn- kvinno- och asyihälsovård. En lokal samverkansgrupp med representanter för projektets huvudsakliga samarbetspartner (Stockholms stad, Huddinge och Södertälje kommuner samt Migrationsverket) samt från Transkulturellt centrum (TKC) och Arbetsförmedlingen (AF) har träffats och följt upp verksamheten ca två ggr per termin. Styrgruppens roll har framför allt varit rådgivande och de 11 medlemmarna har förutom organisationerna representerade i den lokala samverkansgruppen även innefattat representanter från Kommunförbundet Stockholms Län (KSL) och Länsstyrelsen. Transkulturellt centrum har fungerat som arbetsgivare och haft personalansvaret för hälsokommunikatörerna efter det att utbildningen vid KFA avslutades. Regelbunden handledning för HK har skett i grupp med handledare från HSF och KFA. För att nå ut till målgruppen har HK samarbetat med en rad olika arenor (se avsnittet om projektets processer). Målgruppen och HK, vilka utgjort projektets kärna, beskrivs detaljerat längre fram i detta avsnitt.

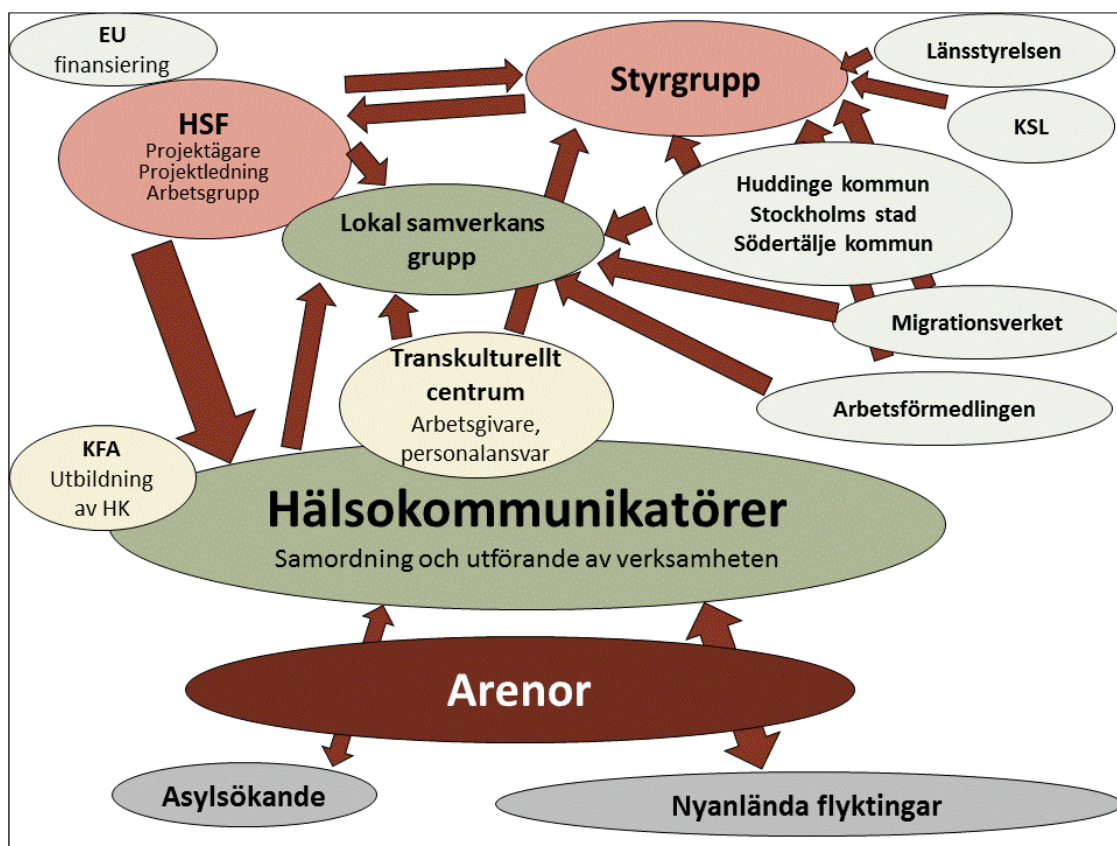


Bild 3: Översikt av projektets organisation, aktörer och samverkan

### Ägande och finansiering

I intervjuer med flera styrgruppsmedlemmar uttrycktes svårigheten med den otydlighet som finns för folkhälsoansvaret i målgruppen. I diskussioner om möjliga ägandeformer för den typ av verksamhet som HK bedriver framkom dock en enighet om att det är landstinget som rimligen bör äga och driva den och det poängterades att: (1) landstinget besitter nödvändig kompetens; (2) annat ägarskap skulle försvåra arbetet och stänga dörrar till vårdinstanser; (3) HK är ett led i landstingets anpassning till befolkningens behov; (4) tyngdpunkten för folkhälsoansvaret ligger hos landstinget och (5) landstinget har mest att vinna på en välfungerande hälsokommunikatörsverksamhet. Man anser dock att kommunerna, men på sikt även Arbetsförmedlingen, måste ta sitt ansvar. Båda dessa aktörer är negativa till ett huvudansvar men intresserade av samverkan.

Finansieringsfrågan följde ett liknande resonemang. En styrelsemedlem poängterade att ju mer verksamheten rör individens hälsa desto mer blir finansieringen ett landstingsansvar och desto mindre blir intresset från kommunerna. Att ge verksamheten en vidare roll i flyktmottagandet skulle öppna fler möjligheter till finansiering. En begränsande faktor för Arbetsförmedlingen är att de tjänster man har möjlighet att delfinansiera först måste upphandlas.

### Ledarskap och samordning

Ansvar för att driva projektet har legat hos projektledaren på HSF. Samtidigt har verksamhetschefen på Transkulturellt centrum haft personalansvaret för hälsokommunikatörerna med mycket begränsat inflytande över verksamhetens innehåll. Denna uppdelning har inneburit en del utmaningar och otydlighet i ledarskapet vilket omtalades av flera styrgruppsmedlemmar och hälsokommunikatörer. Den allmänna uppfattningen var att samma person bör ha helhetsansvaret i en permanent verksamhet vilket också redan från början varit intentionen från HSF.

I maj 2011 övertog en av hälsokommunikatörerna samordningen av uppdrag och den huvudsakliga kommunikationen mellan projektet och de olika arenorna. Projektledarens fokus flyttades då till att arbeta med den långsiktiga implementeringen av verksamheten. Denna uppdelning har setts som mycket positiv av både övriga hälsokommunikatörer och projektledningen. Däremot har det funnits synpunkter inom HK gruppen om det tillvägagångssätt man valde för att utse samordnaren. Gruppen informerades vid ett möte med projektledaren och enhetschefen vid TKC och man hade möjlighet att ställa frågor, men själva beslutet om val av samordnare var då redan taget. Det fanns därför en känsla av besvikelse över att inte ha blivit konsulterade på ett tidigare stadium.

### Enhetsstillhörighet

När verksamheten nu permanentas från år 2012 kommer TKC fortsättningsvis att vara hemvist för HK. En majoritet av styrgruppsmedlemmar uppfattade TKC som den rimligaste enheten men andra tankar har funnits. Bland annat har man funderat på om verksamheten skulle kunna tillhöra Centrum för allmänmedicin (Cefam) eller att HK skulle vara placerade på de 6 vårdcentraler där man tar emot asylsökande. Fördelarna med att HK fortsatt sitter samlade på samma enhet lyftes dock fram av två styrgruppsmedlemmar. Detta ger gruppen möjlighet att stötta varandra och det blir en starkare, mer effektiv verksamhet där kanaler för kontinuerlig uppdatering av kunskap lättare kan identifieras och upprätthållas. Det är också en ekonomisk fråga. En uppsplittring av HK skulle kräva att fler anställdes. Ett annat förslag har varit KFA (Karolinska Institutets Folkhälsoakademi) där utbildningen av HK genomfördes, men den akademiska miljön har inte bedömts optimal. Centrum för samhällsorientering, ett

gemensamt samordningskansli för 25 kommuner i Stockholms län, som bildades i och med införandet av den nya *Etableringslagen* har varit ytterligare en föreslagen hemvist framöver. Enligt KSL har flera kommuner uttryckt önskemål att koppla HK till just denna verksamhet. Den är inriktad på flyktingar och har redan fastslagen finansiering från kommunerna. Ett problem är dock att HK är anställda i offentlig verksamhet medan undervisningen vid centrum för samhällsorientering upphandlats och drivs av privata aktörer.

Ett frågetecken kring TKC har gällt om det är bra att koppla verksamheten så starkt till psykiatri, vilken har varit centrets kärnområde, ett annat att deras uppdrag inte primärt är att arbeta hälsofrämjande och förebyggande. Från TKCs synvinkel ser man å andra sidan fler och fler beröringspunkter mellan HK och TKCs verksamhet. Man delar det transkulturella perspektivet och det att man inte primärt jobbar med patienter. HK har också kunnat bidra allt mer genom att medverka i utbildningar för vårdpersonal. Detta har inneburit ett mer berikande samarbete än man initialt förväntade sig. Dessutom arbetar TKC allt mer gentemot primärvården vilket ökar lämpligheten som hemvist för HK.

### **Uppfattningar om projektets syfte och mål**

HK och styrgruppsmedlemmar har i stort en gemensam bild av projektets syfte. Flera nämnde spontant det övergripande syftet att minska ojämlikheter i hälsa mellan människor födda i och utanför Sverige genom att nå nyanlända grupper på hemspråk för att underlätta tillgång till de förebyggande insatser som finns. Majoriteten av HK uttryckte målet som att öka kunskap och medvetenheten om egenvård och hälsofrämjande levnadsvanor såsom fysisk aktivitet och balanserad kost. Två HK nämnde specifikt ökad motivation som en viktig punkt. Att påverka människors hälsotillstånd till det bättre ses som ett långsiktigt mål. Vikten av att insatserna samordnas med flera myndigheter för att uppnå syftet nämndes också.

I styrgruppen nämndes kunskapsförmedling som ett viktigt mål men det framkom också viss skepsis när det gäller att se verksamheten som primärt kunskapsöverförande.

*"Risken finns om man gör om det till ett informationsblock i samhällsorienteringen, att det begränsas till informationsöverföring. Då kan man ifrågasätta om det är värt det. Det räcker inte för att försvara hela insatsen."* (Styrgruppsmedlem)

Det framkom också synpunkter på otydlighet när det gäller projektets mål. Man eftersökte tydligare svar på frågorna om (1) vilka individer man vill nå och vad de behöver för information; (2) vad verksamheten ska uppnå mer konkret på individ och gruppnivå; (3) vilka resultat man skulle kunna mäta och (4) vilken plan man ska ha på kort och lång sikt. Man upplevde att det funnits olika bilder och svar på dessa frågor inom styrgruppen vilket man upplevde att styrgruppen själv bar del av ansvaret för. Det framkom samtidigt en känsla av att projektledningen inte riktigt tagit till sig de diskussioner man haft och förslag som framkommit ur dessa.

### **Målgruppen**

#### Definition

Målgruppen för projektets verksamhet har definierats enligt EUs flyktingfonds riktlinjer och inkluderat asylsökande, nyanlända flyktingar och skyddsbehövande. Den har därmed inte inkluderat personer som vistats längre tid i Sverige eller invandrare som är anhöriga till flyktingar som redan beviljats medborgarskap. Definitionen för asylsökande är väldefinierad

men för nyanlända flyktingar finns det skillnader mellan olika aktörer. Enligt Arbetsförmedlingen räknas en person som nyanländ under 3 år från permanent uppehållstillstånd (PUT) medan man inom Stockholms stad tillämpar definitionen 18 månader från PUT. På SFI och jobbtorg inom Stockholms stad finns deltagare från båda dessa grupper. På de kommunala introduktionsenheterna har de som träffat HK generellt varit i Sverige mindre än 1 år efter PUT i Södertälje och mindre än 2 år efter PUT i Huddinge.

Även om målgruppens definition och ramar har varit nödvändiga och en förutsättning för projektet så har de upplevts begränsande av samtliga aktörer. Många individer med begränsade kunskaper i svenska som skulle ha nytta av insatsen har inte inkluderats i målgruppsbeskrivningen, vilket dessutom utgjort en logistisk utmaning då olika grupper av invandrare i praktiken inte skiljs åt på de aktuella arenorna. Man var därför på ett tidigt stadium enig i styrgruppen om att målgruppen bör breddas i en permanent verksamhet. Om alla med behov av hälsoinformation på modersmål får tillgång till insatsen var uppfattningen att det säkerligen också finns ett större intresse bland potentiella samarbetspartner.

En annan begränsning rör de språkgrupper som finns representerade bland HK. Projektet har provat att nå andra språkgrupper på "lätt svenska" men flera aktörer uttrycker att man då missar en stor del av verksamhetens grundläggande tanke. Man behöver tänka igenom hur man framöver kan ha en flexibilitet gentemot skiftningar i flyktingströmmarna och tillgodose behoven i flera språkgrupper.

Utbildningsnivån har varierat markant mellan de som deltar i hälsokommunikatörernas verksamhet. I den somaliska gruppen är majoriteten låg- eller kortutbildade. Enligt SFIs definition har man då gått i skolan i mindre än 5 år. Många i denna grupp är analfabeter. Det motsatta gäller för den persisktalande gruppen. I andra grupper är det en större spridning i utbildningsnivå. Urvalet av deltagare hos de olika samarbetsparterna har sett olika ut. På jobbtorgen har man erbjudit alla som fyllt kriterierna på språk och flyktingstatus att delta. Man har till och med haft svårt att fylla grupperna med persisk och tigrinjatalande. Den somaliska gruppen har däremot varit så stor att man behövt välja ut personer. På jobbtorgen har man då fokuserat på de som man tror har förmåga att sprida budskapet vidare. På SFI skolorna har man generellt erbjudit alla i de aktuella språkgrupperna att delta. I Södertälje kommun har man tagit in alla som går introduktionsprogrammet, vilket också i praktiken skett i Huddinge även om man initialt valde ut de som hade kortare sjukskrivningar och självupplevd ohälsa.

### Problembild

Bland samtliga aktörer råder enighet om att behoven i målgruppen är stora. Karaktären på dessa behov utforskades i intervjuerna och en översikt över de problem som uttrycktes av hälsokommunikatörer och samarbetsparterna presenteras i tabell 3. En samarbetspartner uttryckte dock svårigheten med att externt definiera målgruppens behov:

*"Vi tror att vi vet vad de behöver kunna, men vi har alltid fel..."*

HK ser en brist på kunskap inom många områden. I vissa fall är denna gruppsspecifik som t.ex. behovet av information kring könsstympning och KAT i den somaliska gruppen. Den persiska gruppen har över lag en högre kunskapsnivå men behöver motivation för att använda denna och applicera den i ett nytt sammanhang. Sammantaget är de indikatorer på behov som omtalades i störst utsträckning relaterade till stress och mental ohälsa, att människor har svårt att få ihop sin vardag.

*"De mår inte bra, de vet inte hur de ska göra [i livet], de känner sig väldigt viltna" (HK)*

*"De har aldrig lärt sig hur de ska planera sitt liv" (HK)*

*"Det är så många hinder man ska passera i Sverige för att komma någonstans. Jag blev orkeslös av de krav som fanns i början. Jag trodde aldrig att det skulle vara så svårt att komma till ett annat land." (Nyanländ flykting, citat från Hälsokommunikatörernas dokumentation)*

Tabell 3: Problembild i målgruppen: hälsokommunikatörers och samarbetspartnerns uppfattningar

Behov	Indikatorer
<b>Stress/mental ohälsa vanligt</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• oro</li><li>• sömnbesvär</li><li>• vilshet</li><li>• press</li><li>• trötthet</li></ul>
<b>Okunskap om värdet av fysisk aktivitet</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• rädsla</li><li>• okunskap om sambandet med vikt</li><li>• ovilja gå ut i kall väderlek</li><li>• förändrade rutiner</li></ul>
<b>Okunskap om egenvård</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• frekventa läkarbesök</li><li>• oförmåga hantera stress</li><li>• undervärderar sömn</li></ul>
<b>Okunskap, lågt förtroende och misstro gentemot den svenska sjukvården</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• upplevelse av att inte bli hjälpt</li><li>• rädsla att bli tvingade till kejsarsnitt</li><li>• oförståelse över begränsad receptförskrivning</li><li>• okunskap om hur svenska systemet fungerar</li></ul>
<b>Socio-ekonomiska problem</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• splittrade familjer</li><li>• bostadsproblem, trångboddhet</li><li>• ekonomiska bekymmer</li></ul>
<b>Okunskap om kost</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• hög sockerkonsumtion</li><li>• okunskap om sambandet med vikt</li><li>• oregelbundet mat-intag</li></ul>
<b>Familjehälsa/barnuppfostran</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• osäkerhet kring barnuppfostran i ett nytt samhälle</li></ul>

Man uppfattar att alla språkgrupper har behov av information kring levnadsvanor och betydelsen av balanserad kost och regelbundet mat intag samt fysisk aktivitet. Flera nämnde personer ur målgruppen som uttryckt rädsla över ökad puls i samband med fysisk aktivitet. En oförståelse kring sambanden mellan sömn, mat, huvudvärk och stress verkar också vanligt.



Målgruppens socio-ekonomiska behov uttrycktes av flera HK och samarbetspartner ofta som större än de hälsorelaterade. Många har problem med bostad, splittrade familjer, knapp ekonomi samt svårigheter att lära sig svenska.

*"Det är så många behov och det handlar egentligen inte bara om hälsofaktorer. Jag har träffat några kvinnor som bor i en trea i Rinkeby där de är två familjer, en familj har fyra barn och den andra fem. De säger: hur kan du prata om hälsa och att vara hälsosam när jag har den här situationen som pågår i mitt liv? Det [att de sociala och ekonomiska problemen är så stora] har varit som en aha-upplevelse för mig!" (HK)*

*"Sen kommer ni hälsokommunikatörer och pratar om hur vi ska sova bättre, motionera och äta rätt! Hur kan jag tänka på mig själv när jag har så mycket annat som pågår i mitt liv, som jag inte kan ändra på?" (Nyanländ flykting, citat från Hälsokommunikatörernas dokumentation)*

Ämnen som handlar om livet i ett nytt land, nya familjetraditioner, och mer känsliga ämnen som sexualitet, uttrycktes av samarbetsparterna som särskilt viktiga. Man upplever också att delar av målgruppen kan vara mycket svår att nå med information, exempelvis att den somaliska gruppen är mycket sluten.

*"Alla åtgärder som gör att de kommer in i samhället och hjälper dem att etablera ett vettigt liv är viktiga." (Samarbetspartner)*

### **Hälsokommunikatörer: bakgrund, utbildning och kompetens**

Från början anställdes 10 hälsokommunikatörer. Under projektets gång slutade fem av dessa varav två under projektets sista två månaderna. Ytterligare en HK var föräldraledig från och med slutet av våren 2011. En person nyanställdes under våren år 2011. Tabell 4 visar en översikt över utbildnings- och yrkesbakgrund samt språkgruppstillhörighet för de sju hälsokommunikatörer som var verksamma i projektet och intervjuades under hösten 2011.

*Tabell 4: Bakgrund hälsokommunikatörer*

<b>Språkgrupp</b>	<b>Utbildnings- och yrkesbakgrund</b>	<b>Antal år i Sverige</b>
Arabiska	Sjukgymnast	5
Arabiska	Sjuksköterska, arbetat med arabisk sjukvårdsrådgivning på Vårdguiden	14
Persiska	Biomedicinsk analytiker, marknadskommunikation och IT	24
Somaliska	Undersköterska, socionom	17
Somaliska	Läkare	4
Somaliska	Biologi, kemi, folkhälsovetenskap (mastersnivå)	21
Tigrinja	Biologi, biomedicin, folkhälsovetenskap (mastersnivå)	23

Det är stor spridning inom HK gruppen både vad det gäller utbildningsbakgrund och hur länge man vistats i Sverige. Majoriteten har dock bott i Sverige i mer än 10 år. Skillnaderna i gruppens sammansättning har upplevts som både positiva och negativa. Den breda kompetensen har å ena sidan inneburit möjligheter att stötta varandra inom olika ämnesområden medan olika språknivå i svenska upplevts som negativt, särskilt under utbildningen.

HK fick både i grupp och enskilt svara på frågan om de upplever att de har en tillräcklig kunskapsbas och kompetens för sitt uppdrag. När frågan ställdes under gruppintervjun uttryckte en av dem:

*”De flesta av oss är ju överkompetenta!”*

På detta följde en livlig diskussion och det stod klart att HK ser behov av en kompetens som innefattar hälsa men till lika stor del en förmåga att kommunicera och förmedla ett budskap. I de enskilda intervjuerna uttryckte samtliga HK att de teoretiskt sett upplever att de har en bra kunskapsbas. Samtidigt uttryckte de flesta att det är en utmaning att hantera grupper och att man ständigt behöver vidareutbilda sig och utveckla verksamheten. Frågor kring Hälsokommunikatörernas kompetens och grundutbildning berördes i intervjuer med flera styrgruppsmedlemmar. Man nämnde att det krävs en stor grundkompetens med förmåga att prata om vitt skilda ämnen på ett enkelt sätt samt förmåga att kunna bemöta frågor och styra en grupp. Den specifika hälsokompetensen ansågs sekundär jämfört med förmågan att kommunicera. Man var överens om att HK bör ha vårdbakgrund men att personer med folkhälsovetenskaplig utbildning också kan komma ifråga. En grundutbildning motsvarande sjuksköterskenivå ansågs optimal. Några nämnde att de upplever läkare som överkvalificerade. Man har känt en oro för att det blir mer föreläsning än kommunikation i grupper som träffar en läkare, men motsvarande intryck förmedlades inte genom intervjuerna med målgruppen.

En styrgruppsmedlem poängterade att man inte bör se HK som ett yrke utan som en arbetsform och färdighet vilken skulle kunna etableras som en vidareutbildning för en större grupp vårdpersonal från olika språkgrupper. Dessa skulle kunna kombinera arbetet som HK med annan klinisk tjänstgöring och på så sätt skulle man enklare kunna utöka antalet språkgrupper. När det gäller HK i sammanhanget arbetsmarknadsinsats nämnde en styrgruppsmedlem att det är bra för utländsk vårdpersonal att kunna jobba som HK innan de hunnit få jobb inom den svenska vården. Denna inställning avfärdades dock av en annan styrgruppsmedlem som uttryckte:

*”Det [arbetet som HK] får aldrig bli en arbetsmarknadspolitisk insats! Det ska vara åtråvärt att få ett sådant här jobb och det ska vara svårt att få det!”*

## Värden och begränsningar

De huvudsakliga värden och begränsningar som uttryckts av styrgruppen med avseende på projektets struktur och som beskrivits i detta avsnitt finns sammanfattade i tabell 5.

*Tabell 5: Projektets strukturella värden och begränsningar*

Värden	Begränsningar
<ul style="list-style-type: none"> <li>Frågorna kring målgruppens behov lyfts – ökad medvetenhet inom olika organisationer och verksamheter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ansvarsfördelning och samverkan mellan olika aktörer en utmaning</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Skapat samarbete och dialog mellan olika aktörer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Delat ledaransvar mellan HSF och TKC</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ny dimension av landstingets verksamhet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verksamhetens mål inte tillräckligt konkreta</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Seriös satsning, särskilt utbildningen av hälsokommunikatörer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Målgruppen begränsad: flyktingstatus och språk</li> </ul>

## 2. Projektets processer

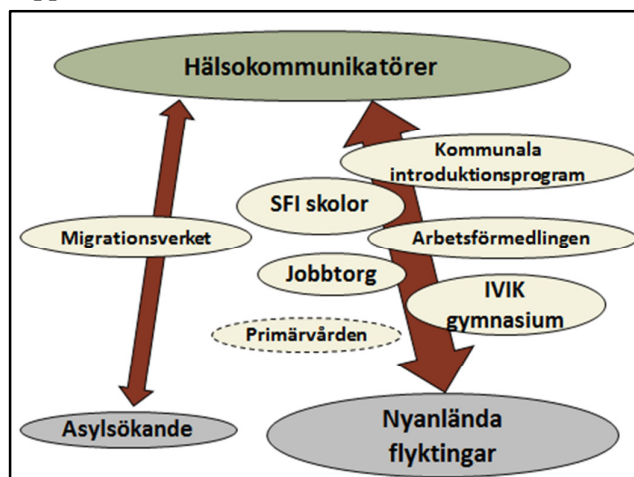
Hälsokommunikatörernas arbete med målgruppen har utgjort projektets kärna (tabell 6). Denna process kan indelas i: (1) samarbetet med arenor; (2) mötet med målgruppen - hälsokommunikation som metod; (3) hälsokommunikatörernas roll; (4) arbetsbelastning och kapacitet samt (5) uppföljning av verksamheten. Dessa olika delar beskrivs i det följande utifrån de olika aktörernas perspektiv.

Tabell 6: En översikt över arbetet med målgruppen

	Nyanlända flyktingar	Asylsökande
<b>Målgrupp</b>	Från PUT tom ca 3 år Arabiska, persiska, somaliska, tigrinja	Asyltiden Persiska och tigrinja
<b>Metod</b>	Gruppträffar 6-12 tillfällen Dialog och diskussion, enstaka praktiska moment	Gruppträffar 1 tillfälle Information
<b>Innehåll</b>	Flertal moduler: sjukvårdsorientering, kost, egenvård, fysisk aktivitet etc.	Information och motivation till hälsoundersökning
<b>Arena</b>	Kommunala introduktionsprogram, SFI, Jobbtorg, Arbetsförmedling m.fl.	Migrationsverket

### Samarbete med arenor

I projektets natur ligger att hälsokommunikatörerna själva inte har någon möjlighet till direktkontakt med målgruppen. De individer man vill nå finns inom ramen för en rad olika verksamheter såsom SFI, jobbtorg och introduktionsprogram (Bild 4). Arbetet med att hitta rätt arenor att verka genom och att skapa samarbete med dessa har därför varit en stor del av projektets verksamhet. Grunden till detta lades redan genom de samarbetsstrukturer som skapades genom projektet ReSA vilken sedan befästes genom hälsokommunikatörernas praktikperioder på olika arenor under utbildningen. Dessa utgjorde sedan initialt de primära arenorna för verksamheten. Nästan hälften av alla gruppträffar med nyanlända har skett på SFI skolor. De näst vanligaste arenorna har varit de kommunala introduktionsprogrammen i Södertälje och Huddinge samt Jobbtorgen i Stockholms stad inklusive projektet *Språkstöd* (appendix 2).



Från Hälsokommunikatörernas perspektiv har samarbetet med arenorna generellt varit välfungerande. De skillnader man sett mellan olika arenor inkluderar: (1) logistik, t.ex. anordning av grupper och lokaler; (2) varierande grad av engagemang att dra nytta av HK och (3) synpunkter på innehållet i gruppträffar i olika utsträckning. De problem som lyftes fram rörde framför allt stora grupper på t.ex. SFI skolor och brist på samordning vilken ibland orsakat samma deltagare att träffa HK på olika arenor.

Bild 4: Översikt av arenor

Majoriteten av samarbetspartnerna var redan från början positivt inställda till projektet. En samarbetspartner uttryckte ”utan hälsa ingen etablering”, vilket illustrerar det samband som många ser mellan god hälsa och framgångsrik integration för målgruppen. Några var initialt mer skeptiska till vilken plats hälsofrågor kunde ha inom deras organisation men ändrade inställning efter att ha fått ökad förståelse för vad HK kunde erbjuda. Flera samarbetspartner poängterade vikten och potentialen av att i respektive verksamhet knyta an till de teman som HK tar upp. Man har generellt upplevt samarbetet som tillfredsställande och har uppfattat HK som förtroendeingivande och engagerade.

*"Det känns inte som att de [HK]gör det för att de måste utan för att de tycker att det är viktigt!"(samarbetspartner)*

De utmaningar man identifierade i samarbetet handlade om: (1) planeringen av uppdrag; (2) närvarokrav och motivation av deltagare och (3) flexibilitet kring olika önskemål. Några upplevde att det ibland tagit lång tid för projektet att förstå hur man ska passa in i samarbetspartnerns organisation. En person uttryckte specifikt önskemål om en tydligare närvaro från projektledningen. Några nämnde också att det funnits meningsskiljaktigheter kring närvarokrav vilket orsakat viss spänning. När det gäller flexibiliteten kring specifika önskemål varierade uppfattningarna. En samarbetspartner uttryckte att de upplevt ett motstånd från projektet att tillgodose önskemål om uppdelade kvinno- och mansgrupper.

*"Oviljan att prova nya arbetsmetoder upplevde jag som förbryllande"(samarbetspartner)*

En annan hade i motsats uppfattat hälsokommunikatörerna som *överflexibla* men att projektet samtidigt inte riktigt kunde hålla vad man lovat. Detta verkar ha varit relaterat till projektets personalbrist i och med att flera HK slutat under 2011.

De för- och nackdelar som aktörer uttryckt avseende olika arenor finns sammanfattade i tabell 7. Flera hälsokommunikatörer uttryckte en önskan om att framöver öppna upp verksamheten för nya arenor som t.ex. föreningar och intresseorganisationer samt att närvara på festivaler. En styrgruppsmedlem poängterade att de optimala arenorna för att nå målgruppen kommer att förändras över tiden och att det behövs en flexibilitet.

En stor utmaning för projektet har varit den omorganisation av flyktingmottagandet som skett i och med den nya *Etableringsreformen*. Denna har inneburit att de kommunala flyktingmottagande enheterna successivt avvecklats, att Arbetsförmedlingen tagit över etableringsansvaret och att *Centrum för samhällsorientering* ansvarar för samhällsorienteringen för nyanlända. Det samarbete som projektet etablerat med de kommunala introduktionsprogrammen har därmed inte kunnat fortsätta och samtidigt har verksamheten vid *Centrum för samhällsorientering* upphandlats för att drivas i privat regi, vilket innebär att HK inte självklart får en roll. Arbetsförmedlingen har varit positiva till HK och ett begränsat samarbete med två grupper initierades i slutet av projektiden. Då man inte kunnat frigöra medel kommer emellertid ingen fortsatt samverkan mellan AF och HK att kunna ske under 2012.

SFI är den arena som uppfattats som mest optimal för projektets verksamhet av samtliga aktörer. Avgörande faktorer är att majoriteten av nyanlända går på SFI, att deltagare ofta finns där under längre perioder och att det ofta logistiskt går lätt att ordna grupper och lokaler. Det finns också stor potential för synergism med annan undervisning där t.ex. en SFI lärare berättade att hon ofta knyter an till hälsokommunikatörernas teman i svenskundervisningen.

Tabell 7: För- och nackdelar med olika arenor

Arena	Fördelar	Nackdelar
<b>Kommunala introduktionsprogram</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Logistik</li> <li>○ Kompletterat samhällsinfo</li> <li>○ Tydlig plats för HK</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Begränsat antal tillfällen</li> <li>○ Centrum för SH orientering övertagit ansvar</li> </ul>
<b>Arbetsförmedlingen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ansvar för etableringen av nyanlända flyktingar</li> <li>○ Ny viktig samarbetspartner</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Arbetslinjen verksamhetens huvudsakliga fokus</li> <li>○ Tjänster måste upphandlas</li> </ul>
<b>SFI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Majoriteten av nyanlända</li> <li>○ Kontakt under längre tid</li> <li>○ Logistik</li> <li>○ Potentiell synergism</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ SFI klasser blandade språkgrupper</li> <li>○ Avbrott i undervisning för att träffa HK</li> </ul>
<b>Primärvården</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Särskilda hälsorelaterade behov</li> <li>○ Möjlighet nå personal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ingen identifiering av utlandsfödda</li> <li>○ Logistik</li> <li>○ Patienter</li> </ul>
<b>Jobbtorg</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Möjlighet att samordna språkgrupper mellan jobbtorg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Begränsat antal tillfällen</li> <li>○ Långa resvägar för deltagare</li> <li>○ Jobbfokus</li> </ul>
<b>IVIK gymnasiet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Viktig arena för ensamkommande ungdomar</li> </ul>	Ej utforskat

Kontakten med primärvården har varit en stor utmaning och inte fungerat enligt ambitionerna i projektet. Flera försök till samarbete har gjorts utan positivt resultat. Bland annat organiserades en grupp med arabisktalande diabetespatienter på en vårdcentral men trots att personalen där var positivt inställd kom det inte några deltagare. I styrgruppen var man överens om att det är svårt att komma in i primärvården och man påpekade att HSF kunde varit mer aktiva för att hjälpa projektet i detta avseende. De begränsningar man ser inkluderar: (1) avsaknad av system för registrering av nyanlända efter PUT; (2) låg medvetenhet om nyanlända gruppers behov och hälsoproblematik; (3) målgrupp med redan utvecklad hälsoproblematik. Möjligheten för projektet att komma in i psykiatrivården nämndes av en styrgruppsmedlem. Många nyanlända kommer till psykiatriska vårdenheter och det finns ofta en öppenhet för nya arbetsformer inom sådan verksamhet. Det skulle dock kräva en omorientering av hälsokommunikatörernas verksamhet, både vad det gäller grupp- kontra individperspektivet men också ett ökat kliniskt fokus vilket ligger utanför hälsokommunikatörernas kompetensområde.

### Mötet med målgruppen - hälsokommunikation som metod

Projektet utarbetade tidigt en struktur för gruppträffarna med målgruppen. I denna finns en tydlig introduktion där HK förklarar projektets syfte och mål. I nästa steg har man genomfört en *behovsinventering* på både grupp och individnivå. Gruppinventeringen har kartlagt antal personer, män och kvinnor, utbildningsnivå och vilka teman som gruppen vill prata om. På

individnivå har man delat ut en modifierad *EQ5d skala* för att få en uppfattning om individernas självskattade hälsa. HK uttrycker dock att man inte använt resultaten av denna i någon större utsträckning.

Hälsokommunikatörerna upplever att metoden man använder i projektet över lag varit bra. Man ser ett stort värde i att träffa människor i grupp och att personer som kommer nya till Sverige kan få träffa en person med både språklig och kulturell kompetens med kunskap om det nya landet. Denna uppfattning delades av både samarbetspartner och styrgruppsmedlemmar.

*"Om en nyanländ person får information av en svensktalande med tolk så tänker de: jaja, det här är vanligt i det här landet, men det gäller inte mig." (HK)*

*"Man måste prata på det sätt man är van att prata på, det är a och o! (Styrgruppsmedlem)*

I intervjuer med samarbetspartnerna uttrycktes viss oro över att hälsokommunikatörernas information var för teoretisk och att det blev mer föreläsning än diskussion. En annan oro var att HK kanske använder en begrepps nivå som är för abstrakt och att man inte alltid lyckas förmedla information på gruppens nivå. Motsvarande intryck förmedlades dock inte i intervjuerna med målgruppen. Man var enig om att det gått bra att förstå HK och de uppfattades som öppna och villiga att svara på frågor.

*"Även om vi inte förstod, vi frågade och de förklarade igen."*

*"Tex när vi pratade om stress så frågade de runt bordet vad som kan orsaka det och om någon inte förstod förklarade de igen."*

Flera deltagare poängterade också att HK gett utrymme för deltagare att själva dela med sig av sina erfarenheter och svara på varandras frågor. Man upplevde att HK verkligen ville få dem att förstå innehållet.

*"Om det var ett ämne som de [HK] vill att det ska bli diskussion om och någon visste något om det så var det öppet att diskutera. Vi har sagt våra åsikter."*

*"Innan hon [HK] förklarade ämnet för oss så gick frågan runt om vad de tyckte om det och kunde om frågan, sen gav hon den rätta förklaringen för ämnet."*

HK är medvetna om att det finns individuella skillnader i sättet att kommunicera och preferenser för olika ämnesområden. Från styrgruppshåll framkom just synpunkter på *spretighet* i hur man jobbar inom gruppen. Det föreslogs att man bör eftersträva en tydligare styrning så att mindre utrymme ges för de individuella skillnaderna och att man utvecklar en mer enhetlig modell. HK upplever dock att just strävan efter diskussion och dialog är gemensam och att man följer samma basstruktur och flera tryckte på att man måste vara flexibel för att kunna tillgodose varje grupps behov.

#### Gruppstorlek och indelning av deltagare

Storleken på grupperna som träffat HK har varierat mellan ca 6 och 40 personer. På SFI skolorna har de varit åt det större hållet, särskilt i de somalisk- och arabisktalande grupperna. Detta har upplevts som ett problem av både HK, samarbetspartner och deltagare. Majoriteten

av HK upplever att omkring 15 deltagare är optimalt. Det blir då bra koncentration och förutsättning för kommunikation samt utrymme att lära känna varandra. En HK som ensam haft en grupp på 38 personer uttryckte:

*"Det var väldigt mycket. Jag var tvungen att inte kommunicera, bara göra föreläsning. Jag kunde ta frågor men inte kommunicera."*

Samtidigt uttryckte en HK som haft en grupp på 40 deltagare tillsammans med en kollega att det var den bästa grupp de haft.

Hälsokommunikatörerna har oftast träffat grupper som är blandade avseende ålder, kön och utbildningsbakgrund. Man har även haft grupper med enbart kvinnor, yngre ensamkommande män och *föräldragrupper*. En HK uttryckte att man alltid borde utgå från grupper med både kvinnor och män men ge möjlighet att dela på sig för specifika ämnen som t.ex. kvinnlig könsstympning. En annan tryckte på vikten av att kunna träffa grupper med enbart kvinnor. Grupper med blandad utbildningsbakgrund har i de flesta fall inte orsakat några större problem. En HK berättade om en grupp där ett par äldre kvinnor som var analfabeter fick med sig resten av gruppen i livliga diskussioner. Trots positiva erfarenheter har man dock känt att det kanske hade behövts en större anpassning av undervisningsmaterial för lågutbildade och analfabeter.

*"Jag upplever inte att vi som HK riktigt fått tag i det egentliga behovet och fått lägga upp en metod för dem [analfabeter och lågutbildade]."*

#### Antal tillfällen

Majoriteten av HK vill gärna kunna träffa en grupp under en hel termin, vid 10-15 tillfällen. Ofta upplever man att det behövs fler än ett tillfälle för vissa ämnen. Det ger också möjlighet att lägga in andra aktiviteter som att visa film eller promenera. Personer ur målgruppen som träffat HK vid flera tillfällen uttryckte också att det funnits möjlighet att ställa frågor och utrymme för diskussion medan de som träffat HK vid något enstaka tillfälle upplevde motsatsen.

#### Arbetsmaterial

HK är eniga om att de powerpoint presentationer man utvecklat och använder är en bra bas. En del presentationer har översatts medan många visas på svenska med förklaringar av HK på modersmålet. Några presentationer har anpassats för analfabeter genom att man lagt in mer bilder och tagit bort text. En stor majoritet av målgruppen upplevde också att presentationerna varit bra. Särskilt bilderna som använts verkar ha gjort intryck och beskrevs ingående av flera deltagare.

*"Och så visar de [HK] en bild på en pappa och en mamma och deras barn, att det är viktigt med både en mamma och en pappa."*

*"Det var bra för man fick se t.ex. en man som varit rökare och tappat tänderna, en som tuggar KAT (somalisk drog), en som röker vattenpipa. De visar vad det kan skapa för problem, t.ex. lungorna blir svarta."*

*"Ibland kanske när man får det på papper förstår man inte riktigt, men bild förstår man och sen kan man gå hem och läsa."*

### Ämnesområden

De ämnen man valt ut grundade sig på undervisningsmodulerna på KFA (appendix 1). Allteftersom HK fått erfarenhet av gruppen har man sedan lagt till nya ämnen. Generellt är HK nöjda med det fokus man valt och upplever att det finns en flexibilitet att välja det som är viktigt för de olika grupperna. Åsikterna går dock isär hur mycket materialet bör anpassas från gång till gång och det har funnits en oenighet i gruppen kring hur mycket varje enskild HK ska ha frihet att utveckla gruppspecifika presentationer. Sexuell och psykosocial hälsa var två ämnen man nämnde som man vill utveckla mer.

Nästintill samtliga deltagare i intervjuerna med målgruppen upplevde att de ämnen som behandlats varit relevanta och viktiga. Ingen deltagare som träffat HK vid flera tillfällen uttryckte att de hade saknat något. Alla kände att de kunde påverka valet av ämnen.

*"De [HK] har sagt att om det är nåt vi vill prata om så tar vi upp det."*

En kvinna pekade dock på att socio-ekonomiska problem ofta är viktigare, särskilt i början.

*"Det finns olika problem som man som invandrare har i Sverige. Det är först och främst bostad, vi vet inte vart vi ska bo. Det påverkar oss psykiskt. Man känner sig tillfällig, man förlorar trygghet och är inte trygg. För oss är det väldigt stort. Vi vill ha information vart vi ska vända oss om bostad. I början visste vi inte vad vi ska göra. Så information är jättebra att de ger från början när man kommer till Sverige."*

### Utvecklingsmöjligheter

Några hälsokommunikatörer uttryckte att man gärna hade varit lite mer kreativ i kontakten med målgruppen men upplevde att det varit svårt att få gehör för nya idéer. Flera HK har t.ex. prövat att införa praktiska övningar i slutet av enstaka gruppträffar. Dessa har inkluderat stavgång, promenad med stegräknare och att man gjort studiebesök till apotek eller livsmedelsaffär. Andra idéer som man inte haft möjlighet att pröva har varit att laga mat eller att gå och träna. Dessa initiativ har upplevts som positiva av både målgrupp och HK. Även samarbetspartner uttryckte att praktiska övningar skulle öka värdet av insatsen och förståelsen hos deltagare. Förslag på detta rörde både fysisk aktivitet men också andra praktiska övningsuppgifter. Generellt uttryckte samarbetspartnerna en önskan om att begränsa längden på varje enskilt seminarium till en timme.

*"Andra aktiviteter är nästan ett måste för att göra det roligare."(HK)*

Det framkom emellertid några invändningar mot att införa praktiska övningar. Dessa inkluderade att: (1) det blir ett ökat ansvarstagande för projektet när man rör sig utanför arenan; (2) det finns risk att HK lägger press på personal från arenan att följa med och (3) det inte är ett av projektet *definierat mål*.

Frågan om att jobba med individer har lyfts av både HK och målgrupp där flera ur målgruppen uttrycker en önskan om detta men där åsikterna hos HK går isär. Man ser å ena sidan fördelar med möjligheten att följa upp individer med särskilda problem. Det skulle då finnas en större möjlighet att vägleda. Å andra sidan ser man många begränsningar med individriktat arbete. Dessa inkluderar att det lätt blir fokus på diagnoser vilket inte är hälsokommunikatörernas kompetensområde och att man är för få HK för att kunna tillfredsställa ett sådant behov. Styrgruppen såg det inte heller som någon reell möjlighet för HK att arbeta mer direkt med individer. Däremot föreslogs att HK kunde ha en funktion i att



identifiera individer i behov av mer stöd och lotsa vidare.

I styrgruppen gick åsikterna isär om vikten av att HK också skulle arbeta med organisationer. En styrgruppsmedlem menade att ju mer man riktar sig mot individer ju mindre intresserade blir kommunerna vilket minskar möjligheten till finansiering. Andra uttryckte att det vore olyckligt att förlora direktkontakten med målgruppen, att det unika för verksamhet är just denna. HK har under projekttiden träffat personalgrupper vid enstaka tillfällen, generellt med positiv respons. Detta är något som de flesta HK också ser som en positiv möjlighet och en viktig utvecklingspotential för projektet på sikt. Man har redan lagt in en del *konsultationsverksamhet* i projektplanen från år 2012.

*"Det [att jobba med organisationer] tycker jag att vi borde ha gjort för länge sen! Det är A och O eftersom vi inte kan nå alla!"(HK)*

### Hälsokommunikatörernas roll

Trots delvis olika uttryckssätt upplever majoriteten av hälsokommunikatörer att man inom gruppen har en gemensam bild av sin roll, något som blivit tydligare med tiden. Överlag upplever man att man också haft en gemensam bild med projektledningen av sitt uppdrag, men att det särskilt i början saknades konkreta riktlinjer vilket bidrog till osäkerhet. Att ha en dialog med gruppen och att ge information och vägleda var de uppgifter som nämndes i störst utsträckning av HK själva. Att verka som en förebild för sina landsmän beskrevs som viktigt för att inge hopp för människor. Att låta dialogen utgå ifrån människors behov uttrycktes som en förutsättning för att kunna påverka människors hälsa. Att verka som en coach genom att "väcka" målgruppen, medvetandegöra och motivera nämndes av både HK, målgruppen och samarbetspartnerna.

Tabell 8: Översikt av olika aktörers syn på hälsokommunikatörernas roll

Aktör	Syn på hälsokommunikatörernas roll
Hälsokommunikatörer	<ul style="list-style-type: none"><li>• Att ge information och vägledning i dialogform</li><li>• Att låta dialogen utgå ifrån människors behov</li><li>• Att vara en förebild för sina landsmän</li><li>• Att verka som en "coach", att väcka intresse och öka motivation</li></ul>
Målgrupp	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vägvisare</li><li>• Att "väcka" målgruppen</li></ul>
Samarbetspartner	<ul style="list-style-type: none"><li>• Informationsöverförare/Hälsokunskapsförmedlare</li><li>• Medvetandegörare</li><li>• Motivationshögare</li></ul>

*"Att i mötet med målgruppen ha en behovsbaserad hälsoinformation [...] när man har dialog kommer det fram enorma behov."(HK)*

*"De flesta [i målgruppen] har redan kunskapen men kanske inte använder den. Men däremot att bli motiverade och triggas lite..."(HK)*

*"De har visat oss vägen till en bra hälsa."(deltagare från målgruppen)*

*"Det var ett sätt att väcka oss och lära oss det som vi behöver lära oss här i Sverige."  
(deltagare från målgruppen)*

Tabell 9 sammanfattar de huvudsakliga värden och utmaningar som HK erfarit i sitt arbete. Det största värdet som uttrycktes av samtliga var mötet med målgruppen och en känsla av att kunna hjälpa. Samtidigt nämnde flera att just förmågan att hantera en grupp har varit en stor utmaning.

Tabell 9: Hälsokommunikatörers perspektiv på sitt arbete

Värden	Utmaningar
<ul style="list-style-type: none"><li>• Mötet med målgruppen</li><li>• Att kunna hjälpa och se förändring</li><li>• Professionell utveckling</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Att hantera en grupp</li><li>• Att hålla fokus på projektets mål</li><li>• Att sätta gränser gentemot individer</li><li>• Att vara pionjärer som HK i Stockholm</li><li>• Samarbetet inom projektgruppen</li></ul>

Man upplever att målgruppen ofta haft stora och ibland felaktiga förväntningar på verksamheten. Alla HK har upplevt situationer där deltagare försöker få hjälp med personliga problem både kring hälsa men också andra svårigheter som bostad och kontakt med olika myndigheter och att få hjälp med översättningar. Detta bekräftades också av några deltagare i intervjuerna med målgruppen.

*"Var ska man sätta gränsen när det enda som gruppen vill prata om är arbete och bostad?"(HK)*

*"De sociala svårigheterna är där. När man tar upp om hälsa så kommer det upp, den här frustrationen att man inte får den hjälp man förväntar sig. Det är många som förväntar sig alldeles för mycket och får inte information om hur de själva kan göra det. Där kommer "empowerment" in också."(HK)*

*"Jag förväntade mig faktiskt att de skulle lyssna på oss och höra vad vi har att säga och lösa de problemen som vi lider utav."(deltagare från målgruppen)*

HK upplever att dessa problem oftast är störst de första gångerna man träffar gruppen och trycker på att det är viktigt att lägga tid på att förklara verksamhetens syfte. När det gäller personliga hälsoproblem brukar HK försöka lösa det genom att väva in exempelvis information om diabetes när man pratar om hälsosam mat för att tillgodose både individens och gruppens behov. Det blir oftast lättare med tiden vilket bekräftades av målgruppen där flera nämnde att de vid de första tillfällena inte förstod syftet men att det klarnade efter några gånger. Denna uppfattning speglas också i resultaten där de som träffade HK vid enstaka tillfälle generellt var mindre nöjda (se resultatdelen).

*"I början så förstod jag inte riktigt. Varför ska de komma hit och prata så att jag missar mina lektioner? Men sen efter två ggr så förstod jag."(deltagare ur målgruppen)*

*"I början så tyckte jag att det var tråkigt, jag brukade till och med gå ut, men sen när jag satte mig in och förstod vad det handlade om tyckte jag det var roligt och ville inte missa en enda minut."(deltagare ur målgruppen)*

Förståelsen för hälsokommunikatörernas roll har varierat på de olika arenor man arbetat. Man skickar nu ut information inklusive en lista på de ämnen man behandlar innan *kursstart*. Ofta försöker man också träffa personalen innan vilket varit uppskattat.

### **Arbetsbelastning och kapacitet**

Arbetsbelastningen har sett olika ut i de olika språkgrupperna under projektiden. I genomsnitt har varje HK haft omkring 3 grupper per vecka. Högst har arbetsbelastningen varit i de arabisk- och somalisktalande grupperna. Två av fyra arabisktalande HK slutade under våren 2011 samtidigt som man hade ett stort antal pågående grupper. Under en period hade man därefter 6 grupper per vecka. Den persisktalande hälsokommunikatören har i genomsnitt bara haft en grupp per vecka. Det har helt enkelt inte funnits ett större underlag. Synen på hur många grupper varje enskild HK bör träffa per vecka varierar mellan 3 och 6 och verkar delvis kopplad till den arbetsbelastning man är van vid. De som förordar färre antal grupper lägger stor vikt vid att förberedelser och att anpassa presentationer till varje enskild grupp och arenas behov och förutsättningar.

*"Hellre två till tre gånger i veckan och hög kvalitet än att ha flera grupper i veckan bara för att ha gjort det"(HK)*

En begränsande faktor som beskrevs är den spilltid som uppkommer p.g.a. långa resvägar. De som arbetat ensamma uttryckte också att det är mer krävande än att träffa grupper tillsammans med en kollega. På fredagar har man haft arbetsplatsmöten på TKC och man ser det som viktigt med en gemensam *gruppfri* dag.

### **Uppföljning av verksamheten**

Projektet har använt sig av enkäter som man delat ut till grupperna vid sista tillfället för att få en uppfattning om tillfredsställelse i målgruppen. De sammanställningar man gjort visar att närmare 100 % är nöjda och man har även fått in en del förslag på förändringar genom dessa (ej inkluderade i denna rapport). Från projektets sida har man ändå funderat på vilket värde enkäterna har och om de förmedlar målgruppens upplevelse på ett bra sätt.

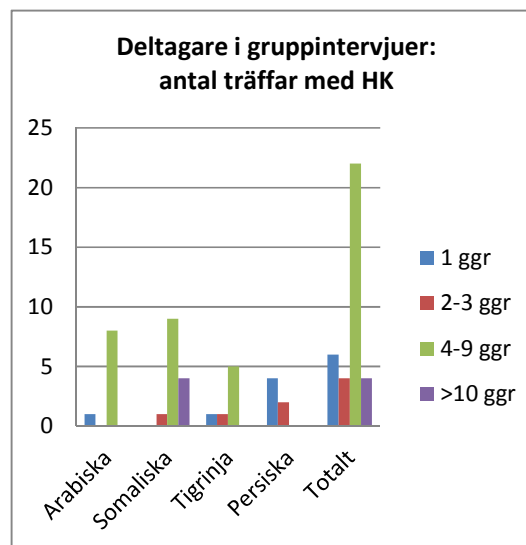
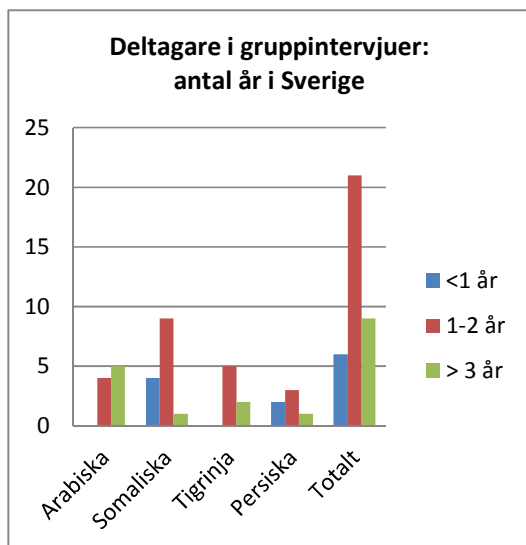
Projektet har också använt sig av en dokumentationsbank som kunnat tillgås av alla HK. Tanken har varit att erfarenheter från gruppträffar ska dokumenteras och verka som underlag för vidareutveckling av verksamheten. Dokumentationsbanken har dock använts i varierande utsträckning. Vissa HK har dokumenterat mycket, andra lite. Vid genomgång av materialet innehåller det en hel del intressanta observationer och citat från deltagare (vilka tagits med som en del av underlaget i denna rapport) men det förekommer också mycket upprepning av information kring gruppstatistik.

Samarbetet med arenor har framför allt följts upp genom möten med den lokala samverkansgruppen två ggr per termin. Vid ett tillfälle organiserades också ett särskilt möte med Jobbtorgen i Stockholms stad. Löpande kommunikation mellan berörda arenor och HK har bidragit ytterligare till uppföljningen av samarbetet.

### 3. Resultat

Under oktober och november 2011 genomfördes sex gruppintervjuer med sammanlagt 36 deltagare ur målgruppen nyanlända flyktingar från de fyra språkgrupper som projektet arbetat med. Av de som deltog i gruppintervjuerna hade 3/4 vistats i Sverige i upp till 2 år.

Majoriteten av de som vistats i Sverige i mindre än 1 år fanns i den somaliska språkgruppen och majoriteten av de som vistats i Sverige i mer än 3 år fanns i den arabiska språkgruppen (diagram 1). Närmare 3/4 av de som deltog i gruppintervjuerna hade träffat hälsokommunikatörerna vid 4 eller fler tillfällen. Majoriteten av de som träffat HK endast vid enstaka tillfällen fanns i den persisktalande gruppen (diagram 2).



#### Målgruppens upplevelse av insatsen

En stor majoritet av deltagare i gruppintervjuerna rapporterade att de hade upplevt träffarna med HK som positiva. Skillnader i upplevelsen fanns framför allt mellan de som hade vistats kortare eller längre tid i Sverige och mellan de som träffat hälsokommunikatörerna vid enstaka eller flera tillfällen.

#### Vad var bra?

När deltagare ombads specificera vad som hade varit bra med att träffa HK nämndes: (1) att HK tog upp intressanta ämnen; (2) att deltagare hade möjlighet att påverka innehållet; (3) att diskussionerna skedde på hemspråk; (4) att man upplevde nytta av att träffa HK och (5) att man fått ökad motivation efter att ha träffat HK.

*“De [HK] pratade om mycket intressanta saker, man känner sig inte uttråkad när de är här. Det var väldigt intressant att lyssna på dem.”*

*”När en utlänning kommer från ett nytt land så mår man inte bra i själen, så det här [att träffa HK] uppmuntrar människan på ett eller annat sätt att man lär sig nya saker och kan gå vidare och få hjälp utav det som man har lärt sig.”*

Flera deltagare nämnde spontant de olika saker som de kom ihåg och tagit med sig från gruppträffarna och två kvinnor uttryckte specifikt att de förde vidare det de lärt sig till familjen.

*"Den [informationen] påverkade oss så bra att vi tog med oss hem och vi försökte påverka familjerna att de ska också följa upp den. T.ex. rökning och till och med hur man reglerar livet här i Sverige. Det var jättefint."*

*"Jag berättar det jag lär mig här för mina barn."*

#### Vad var mindre bra?

Deltagare var överlag obenägna att nämna något som varit mindre bra eller negativt med att träffa hälsokommunikatörerna. Det som ändå nämndes av några deltagare inkluderade: (1) ibland otillräckligt med tid för diskussion; (2) träff med HK efter för lång tid i Sverige; (3) vid vissa tillfällen otillfredsställande indelning av grupper; (4) enskilda samtal inte möjligt och (5) att socio-ekonomiska problem är viktigare än hälsoproblem. De som hade vistats en längre tid i Sverige upplevde generellt att insatsen kommit för sent.

*"Det enda negativa i hela mötet [med HK] var att det var lite för sent för mig, jag hade varit fyra år i Sverige."*

*"Jag har bott här i tre år och jag har aldrig träffat dem [HK] och visste inte vad jag skulle göra [...] jag tycker det var sent, för själva invandringen var jättejobbig, det måste ske i början."*

*"Om det skedde i början när vi kom till Sverige så hade problemen löst sig på ett bättre sätt..."*

Detsamma gällde för de som träffat HK endast vid enstaka tillfälle. Flera av dessa individer verkade inte ha förstått syftet med gruppträffar och det hälsofrämjande perspektivet utan eftersökte individuell rådgivning för sina hälsobesvär. En deltagare uttryckte:

*"Det är bättre att HK pratar med personer privat därför att olika personer har olika problem."*

#### Vad har ni lärt er som var nytt?

Majoriteten av deltagare i gruppintervjuerna kunde nämna något nytt som de lärt sig under träffarna med hälsokommunikatörerna (tabell 10). Några deltagare kunde inte specificera något särskilt ämne men kände generellt att de fått ny kunskap. Somalisktalande deltagarna uppgav att de fått ny kunskap på mer än ett område i högre utsträckning än deltagare från övriga språkgrupper. En analfabet somalisktalande kvinna i 60-års åldern gav ett ovanligt uttömmande svar på frågan om vilken ny kunskap hon fått.

*"Jag har lärt mig t.ex. att gammal medicin ska man lämna till apoteket och inte spola i toaletten. Sen har vi lärt oss att det är väldigt viktigt att röra på sig och träna. Och att man inte ska äta tung mat innan man ska gå och lägga sig. Och sen har vi lärt oss också att man ska planera saker och ting så att man slipper att bli stressad, man förbereder. Om man inte förbereder och inte planerar är det lätt att man blir stressad. Om man stressar för mycket kan man bli sjuk... Om läkaren skriver recept på medicin, att man följer det som läkaren skrivit. Och sen är det viktigt att man låter barn prata, att man inte säger tyst för då utvecklas de inte. Att det måste finnas kärlek mellan föräldrar och barn. Att man måste skapa rutiner för barn: när de ska lägga sig, när de får vara ute, när de ska äta! Cigaretter är inte bra för hälsan, samma sak med snus. Man kan bli riktigt sjuk om man använder tobak. Det är så mycket som vi har lärt oss!"*

Tabell 10: Rapporterad ny kunskap

Tema	Antal deltagare	Kategorier
Egenvård/stress	13	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vikten av sömn</li> <li>○ Fysiska symptom på stress</li> <li>○ Planering av vardagen</li> <li>○ Egenvård vid olika besvär</li> <li>○ Tandhygien</li> </ul>
Barnuppfostran	9	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vikten av att lyssna på barn</li> <li>○ Att skapa band</li> <li>○ Barnaga</li> </ul>
Könsstympling	9	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Förståelse för komplikationer</li> </ul>
Kost	7	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Socker</li> <li>○ Kaffe</li> <li>○ Fett</li> <li>○ Salt</li> </ul>

Det vanligaste området som omnämndes där deltagare fått ny kunskap var egenvård och särskilt när det gäller att prioritera sömn och hantera stress.

*”Jag har fått jättemycket svar på mina frågor angående min graviditet och min sömn, jag sov väldigt lite [förut].”*

*”Om stress, förut visste jag inte vad det var, men nu vet jag att man kan få huvudvärk och bli spänd i nacke och axlarna.”*

I den somalisktalande gruppen nämnde en stor andel att man fått ny kunskap och nya perspektiv när det gäller barnuppfostran. Flera deltagare nämnde de skillnader man ser mellan hur man uppfostrar barn i Somalia och i Sverige.

*“Jag har lärt mig hur man ska var mot barn. Det de [HK] pratade om handlade verkligen om mig, det är vår kultur. För att i Somalia är det föräldrarna som bestämmer allt och har någonting att säga, inte barnen.”*

*”Jag har lärt mig hur man tar hand om barn i Sverige. I Somalia, så fort de pratar säger man tyst! Förut brukade jag säga tyst till mina barn och inte ens lyssna på dem. Nu är inte mina barn här, men när de kommer ska jag lyssna på dem och prata med dem.”*

Diskussionerna om könsstympling verkade uppskattade av den somalisktalande gruppen där majoriteten uppgav att de fått ny kunskap. Flera individer kom ihåg och berättade livligt om de exempel och historier som HK hade använt.

Några få deltagare upplevde att de inte fått någon egentlig ny kunskap genom kontakten med hälsokommunikatörer. En nämnde att hon endast medverkade för att hon var tvungen medan andra nämnde att de haft glädje av träffarna trots att de kände till det mesta sedan tidigare.

### Hur har ni använt er av kunskapen?

Deltagare i gruppintervjuerna ombads tänka efter om de använt kunskapen som de fått på något sätt och majoriteten rapporterade att de genomfört en eller flera förändringar sedan de träffat HK (tabell 11). Flera deltagare nämnde specifika områden medan en kvinna uttryckte en mer generell känsla:

*"Jag tänker helt annorlunda än jag gjorde tidigare. Jag såg det som att allt skulle bli tungt och svårt här i Sverige men nu när jag har fått förklarat saker och ting så känns det inte så."*

Tabell 11: Rapporterad användning av kunskap

Tema	Antal deltagare	Kategorier
Kosthållning	16	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Mindre användning av socker</li><li>○ Dricka mindre kaffe/te</li><li>○ Mindre fett i matlagning</li><li>○ Äta mer grönsaker</li><li>○ Mindre portioner</li><li>○ Regelbundna måltider</li><li>○ Dricka mer vatten</li></ul>
Egenvård/stress/sömn	11	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Prioritera sömn</li><li>○ Råd på apoteket</li><li>○ Planering</li><li>○ Minska stress</li></ul>
Fysisk aktivitet	10	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Mer promenader</li><li>○ Hantera kall väderlek</li><li>○ Börjat träna</li></ul>
Könsstymning	9	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Ändrat inställning</li><li>○ Tagit beslut att avstå</li></ul>

Det vanligaste området där man rapporterade förändringar gällde kosthållning. En kvinna berättade att hon innan hon träffat hälsokommunikatorerna brukade köpa 24 kg socker per månad till familjen om 7 personer. En kopp socker till en kopp te och socker i juice var exempel på hur det användes. Efter att ha träffat HK kände hon att den stress hon kände i livet kanske blev ännu värre av allt socker och nu hade hon reducerat inhandlingen till 5 kg socker per månad. En annan kvinna berättade om att hon hjälpt sin 18 åriga son att gå ner i vikt efter att ha ändrat på familjens matvanor.

*"Jag har gjort ett experiment på min son, han var 98 kg, när jag lärde mig vad som är rätta vägen så att man kan äta på rätt sätt, så han gick ner 20 kg i vikt!"*

Flera deltagare nämnde att de börjat tänka annorlunda kring sömn och prioritera denna mer. Andra nämnde att de börjat röra på sig.

*"Jag brukade gå och lägga mig kl 01 förut och bara sova tre timmar, men nu går jag och lägger mig tidigare."*

*"Jag brukade inte röra på mig men nu promenerar jag till Rinkeby, till Tensta. Jag mår mycket bättre nu."*

*"Vad jag har lärt mig är att promenera. Jag bor på 7e våningen, så nu går jag upp och ned för trapporna."*

I den somaliska gruppen uttryckte en majoritet av deltagare att de påverkats av den kunskap de fått av hälsokommunikatörerna om könsstympning. En kvinna uttryckte detta tydligt då hon sa:

*"Jag har fem flickor och jag tänker inte låta omskära dem!"*

## **Uppfattningar om effekter**

### Hälsokommunikatörer

Alla HK har fått återkoppling från deltagarna som talar för att de tar till sig det som diskuteras. En HK uttryckte särskilt att man märker att människor tar till sig informationen om att hitta rätt i vården, att man kan prata om det flera gånger och att det är något som människor behöver. Flera berättade också om deltagare som uttryckt att de förändrat något i sitt liv:

*"Det var också en person som var rökare och han uttryckte sig väldigt tydligt: i dag jag bestämde mig för att sluta röka! Det var roligt att höra!"*

*"Vissa har kommit tillbaka till mig och berättat, titta vad jag gjort idag, jag gick av tunnelbanan en station tidigare!"*

*"Man har hos vissa skolor efteråt begärt gymkort och lärare följer med. Kvinnor går och tränar för första gången i sina liv!"*

### Samarbetspartnerna

Två uppdragsgivare har genomfört strukturerade utvärderingar med deltagare i form av enkäter i samband med utvärdering av andra aktiviteter inom de aktuella organisationerna. I båda fallen har HK fått generellt bättre betyg än övriga aktiviteter. Hos andra uppdragsgivare har sporadiska kommentarer från deltagare generellt varit positiva. Endast hos en uppdragsgivare där HK haft träffar under en lång period hade deltagare uttryckt negativa kommentarer. Flera samarbetspartner poängterade att man observerat vinster i attitydförändringar till både kost och motion.

*"Alla har förstått att man ska äta frukost och minska på socker – många har gjort det."*

*"Innan hälsokommunikatörerna kom fanns personer som inte ville gå upp för trappan, de trodde att de skulle dö av hjärtklappning. Nu är det ingen som protesterar vid promenader."*

Andra observerade resultat var att deltagare verkade mer motiverade till andra aktiviteter efter att ha träffat HK och en känsla av minskad sjukfrånvaro i gruppen även om detta inte fanns dokumenterat. En samarbetspartner uppgav att hon inte sett några direkta resultat av verksamheten.

Både positiva och negativa bi-effekter av projektet framkom. En samarbetspartner nämnde att Hälsokommunikatörernas verksamhet är en bra ingångsport för att nå människor och skapa intresse för en rad frågor. Flera uppdragsgivare nämnde generellt högre närvaro vid



hälsokommunikatörernas möten än vid andra aktiviteter och att återkopplingen från deltagare är överväldigande positiv.

*”Jag ser bara bra effekter av hälsokommunikatörernas verksamhet. Jag önskar att de var här jämt!”*

## Sammanfattande diskussion och slutsatser

Utvärderingen av projektet i Stockholms län har genomförts samtidigt som en två-årig nationell utvärdering av hälsokommunikatörsprojekt runtom i Sverige (*IMHAD – Impact of Multicultural Health Advisors*) avslutats. De resultat som presenterades från denna vid slutkonferensen i Stockholm den 6 december 2011 visade på samstämmighet i fynd med Stockholmsutvärderingen på flera plan men också några skillnader. I det följande sammanfattas och diskuteras utvärderingens fynd och slutsatser framför allt i ljuset av *IMHAd*s resultat och de erfarenheter som lyfts fram genom projektet *Tema Nyanlända*.

### Struktur

Det samarbete som skapats mellan olika aktörer och organisationer i projektet *Hälsokommunikatörer i Stockholms län* har upplevts som värdefullt och ett viktigt steg i sig. De samlade erfarenheter från olika utvecklingsprojekt kring hälsa och integration som lyfts fram genom *Tema Nyanlända* pekar också på det att målgruppens behov inte kan tillgodoses genom punktinsatser och att samverkan därför är centralt. Samtidigt uttrycks den ofta oklara ansvarsfördelning för hälsofrågor inom flyktingmottagande och etablering som en utmaning[4]. Inom HK projektet har det å ena sidan funnits en enighet om att landstinget är mest lämpad som huvudman för verksamheten och flera aktörer har poängterat att man uppfattat projektet som en seriös satsning från landstingets sida. Å andra sidan ser man tydligt att målgruppens hälsoproblem samspelar med en rad underliggande socio-ekonomiska faktorer vilka kräver insatser utanför landstingets ansvarsområde.

I *IMHAd*s nationella utvärdering efterfrågades ett förtydligande av hälsokommunikatörsprojektens ramar, strategier och målsättningar, något som också lyfts särskilt av styrgruppen för projektet i Stockholm[14]. Det har inom projektorganisationen funnits en gemensam övergripande bild av verksamhetens syfte: att stärka hälsan i målgruppen och bidra till att minska skillnaderna i ohälsa mellan människor födda i och utanför Sverige. I projektplanen finns också uppsatta en rad tydliga mål och delmål kring vad projektet som organisation ska åstadkomma[9]. Det som flera aktörer saknat har varit mer konkreta mål på individ- och gruppnivå: en tydligare definition av vilka människor man vill nå, med vilken information och vilka resultat man vill uppnå. Flera har uttryckt vikten av att lägga upp strategier för enskilda individer att påverka t.ex. levnadsvanor, men verksamheten som den varit organiserad under projekttiden har inte haft detta fokus. Från annat håll har i motsats påpekats att verksamheten varit *för* individriktad och att ett större fokus på att arbeta med organisationer skulle kunna öka verksamhetens inflytande och påverkan på målgruppens behov.

När det gäller målgruppen har det funnits två huvudsakliga begränsningar vilka varit nödvändiga under projekttiden men samtidigt uppfattats som problematiska. Den första rör definitionen enligt EUs flyktingfond vilken framför allt utesluter personer som vistats i Sverige under längre tid med fortsatt dåliga kunskaper i svenska. I den permanenta verksamhet som fortsätter från och med januari 2012 tillsammans med 8 samarbetskommuner har man därför beslutat att bredda denna. Den andra huvudsakliga begränsningen har varit att det bara funnits fyra språkgrupper representerade. Av de kommunmottagna flyktingar som mottogs i Stockholms län år 2010 kom emellertid 80 % från något av länderna Irak, Somalia, Eritrea, Afghanistan eller Iran[3] vilket betyder att de huvudsakliga språkgrupperna funnits representerade i projektet. För verksamheten på sikt kommer det ändå att bli en nyckelfråga hur man ska tillgodose övriga språkgruppers behov, särskilt i och med skiftande flyktingströmmar.

Den problembild som målgruppen uppvisar är omfattande men heterogen, både individer och språkgrupper emellan. Stress och mental ohälsa bedöms av hälsokommunikatörer och samarbetspartnerna dominera, ofta kopplat till socio-ekonomiska bekymmer. Detta bekräftas också i den senaste Folkhälsorapporten där 41,8% av utrikesfödda rapporterar problem med oro/nedstämdhet och 20,9 % uppger att de saknar personligt stöd[6]. I projektet har man sett att kunskaps- och informationsbehovet kring ämnen som fysisk aktivitet och levnadsvanor generellt är större i de lågutbildade grupperna medan det hos de högutbildade behövs mer motivation. Det behövs därför en lyhördhet bland hälsokommunikatörer och utrymme att anpassa arbetet till olika gruppers behov.

När det gäller hälsokommunikatörernas bakgrund och kompetens så är samtliga aktörer eniga om att förmågan att kommunicera och förmedla ett budskap är minst lika viktig som det specifika sjukvårdskunskandet. Man ser gärna att HK har en vård- eller folkhälsovetenskaplig bakgrund och att en nivå motsvarande sjuksköterskeutbildning är optimal. IMHAds förslag på utvecklingsmöjligheter innefattade etablering av en nationell HK utbildning[14]. Åsikterna inom styrgruppen i Stockholmsprojektet gick dock isär om huruvida hälsokommunikatörer alls ska ses som ett eget yrke.

### **Process**

I arbetet med målgruppen har stor vikt lagts vid att finna lämpliga arenor vilket till stor del varit framgångsrikt. Det huvudsakliga undantaget har utgjort primärvården där flera försök har gjorts till samarbete utan tillfredsställande resultat. En annan svårighet har varit de kommunala flyktingmottagningar vilka initialt erbjöd en optimal plattform men sedan successivt avvecklats i och med den nya Etableringsreformen.

Samarbetet HK och arenor emellan har generellt varit välfungerande. De problem som identifierats har framför allt handlat om logistik, organisation och planering av uppdrag. SFI bedöms av samtliga aktörer som den mest optimala arenan då den erbjuder goda förutsättningar för långvarig kontakt med grupper, potentiell synergism med övrig undervisning och förhållandevis okomplicerad logistik. Dessutom är det en naturlig plattform då de flesta nyanlända går där[2]. I Uppsala har man sett mycket positiva resultat från projektet *Hälsospåret* där man integrerat fysisk träning och sjukgymnastik i SFI undervisningen. Det har bland annat lett till ökad närvaro i övrig undervisning[4]. Det råder stor enighet bland projektets huvudaktörer om att den metod som HK applicerar, d.v.s. information och kommunikation på modersmål i gruppform, är rätt arbetsmodell för att nå målgruppen. Det bekräftades också i gruppintervjuerna med målgruppen där deltagare uttryckte en känsla av att HK är angelägna om att alla ska förstå men samtidigt ger utrymme för alla att bidra och diskutera. Vikten av att arbeta på modersmål när det gäller kunskap och stöd till vuxna har lyfts fram som en lösning på det informationsunderskott man ser hos nyanlända invandrare i *Tema Nyanländas* rapport[4].

Det står klart att det finns individuella skillnader mellan hälsokommunikatörer i hur man arbetar. HK själva är övertygade om att flexibiliteten gentemot olika grupper är central men åsikterna går isär om hur stor frihet varje HK ska ha när det gäller att utveckla form och innehåll. Tydligare styrning har efterfrågats av några aktörer.

Man har under projektiden samlat på sig stor erfarenhet kring vad som fungerat bra i arbetet med målgruppen. Grupper om ca 15 personer som man har möjlighet att träffa vid 10-12 tillfällen är optimalt. Synen på behovet av uppdelade kvinno- och mansgrupper varierar. Det bildmaterial som använts i presentationerna har varit uppskattat och HK vill gärna fortsätta att

anpassa materialet för analfabeter och kortutbildade. Att införa praktiska moment ses som en viktig utvecklingspotential och något som fallit väl ut för de grupper som provat på det. Detta var också något som lyftes som en viktig utvecklingspotential för HK projekt runt om i landet av IMHAds utvärdering[14]. Individinriktat arbete i motsats till gruppträffar ses av de flesta aktörer i projektet dock som orealistiskt och något som ligger utanför hälsokommunikatörernas uppdrag. Däremot vill flera gärna se ett ökat arbete med organisationer och enheter, särskilt inom flyktingmottagandet.

Nationellt har HK projekten varit pionjärer i de län man arbetat i och det har ofta uttryckts en otydlighet när det gäller hälsokommunikatörernas roll[14]. Synen på denna bland HK och övriga aktörer i Stockholm varierar, men en gemensam kärna finns. Att förmedla information genom dialog och att verka som vägvisare nämndes av flera som centrala aspekter av rollen. Förväntningarna från målgruppen upplevs av HK många gånger orealistiska. Samtidigt som HK ser mötet med målgruppen och känslan av att kunna hjälpa som det största värdet handlar de största utmaningarna om att hantera en grupp och sätta gränser gentemot individer. Man uttrycker att en rimlig arbetsbelastning ligger någonstans mellan 3 och 6 gruppträffar per HK och vecka.

Uppföljning av projektets verksamhet har i huvudsak bestått av kursenkäter som delats ut vid sista tillfället med en grupp, ett dokumentationssystem som använts i varierande utsträckning och de regelbundna mötena med den lokala samverkansgruppen.

### **Resultat**

Av de 36 deltagarna i gruppintervjuerna under hösten 2011 hade 3/4 vistats i Sverige i mindre än 2 år och nästan lika stor andel hade träffat hälsokommunikatörerna vid fyra eller fler tillfällen. Detta talar både för att insatsen i stor utsträckning når rätt målgrupp, d.v.s. nyanlända, och att man samarbetat med lämpliga arenor där utrymme funnits för att träffa grupper vid upprepade tillfällen. I IMHAds nationella utvärdering hade i motsats de flesta deltagare bara träffat HK vid enstaka tillfälle[14].

En stor majoritet av målgruppen upplevde träffarna med hälsokommunikatörer som positiva. De som träffat HK sent efter ankomsten till Sverige och vid enstaka tillfälle upplevde generellt insatsen som mindre positiv. En stor andel av deltagare kunde nämna något nytt som de lärt sig under träffarna. De vanligaste områden som nämndes rörde egenvård/stress, barnuppfostran, könsstymning och kost. Somalisktalande deltagare uppgav att de fått ny kunskap på mer än ett område i högre utsträckning än deltagare från övriga språkgrupper vilket speglar de skillnader i behov man ser mellan språkgrupperna. Enstaka deltagare uppgav att de inte fått någon ny kunskap.

Majoriteten rapporterade även att de använt kunskapen som de fått av hälsokommunikatörer och gjort någon förändring. De områden där man rapporterade förändring i handling eller inställning i störst utsträckning gällde kost, egenvård/stress/sömn, fysisk aktivitet och könsstymning.

Fynden talar för att 1/3 av deltagare i gruppintervjuerna upplever att de fått ny kunskap som de använt när det gäller egenvård och stress, vilket är det område där hälsokommunikatörer och samarbetspartnerna ser de största behoven. Man kan också konstatera att ny kunskap om kost hamnar relativt långt ner på listan men att förändringar relaterade till kost är de som nämns i störst utsträckning. Detta skulle kunna tala för att människor blivit påmind och motiverade genom mötet med hälsokommunikatörer.

Uppfattningar om verksamhetens effekter bland hälsokommunikatörer och samarbetspartner bekräftar det intryck som målgruppen ger. Hälsokommunikatörerna får i stor utsträckning positiv återkoppling från deltagare som ofta berättar om vad de gjort för förändringar. I utvärderingar som gjorts av samarbetspartnerna får hälsokommunikatörernas verksamhet generellt högre betyg än annan undervisning. Flera samarbetspartner har också rapporterat attitydförändringar, särskilt till motion, och att deltagare verkar mer motiverade efter att ha träffat hälsokommunikatörer.

De gruppintervjuer som genomförts med målgruppen under utvärderingen i Stockholm har inte syftat till att ge ett objektiva mått på effekt och det går förstås inte att verifiera i vilken utsträckning målgruppen påverkats av hälsokommunikatörernas budskap och faktiskt genomfört förändringar. Det som fynden ändå talar för är att majoriteten av de som träffat hälsokommunikatörer: (1) kommer ihåg diskussioner; (2) upplever att de fått ny kunskap och (3) rapporterar användning av kunskapen de fått. Sammantaget talar dessa resultat för att insatsen nått fram.

# Förslag inför framtida verksamhet

Några av de utmaningar som verksamheten med hälsokommunikatörer haft i Stockholm har haft att göra med att den bedrivits i just projektform. Finansieringen från EU har inneburit en artificiellt avgränsad målgrupp vilken nu breddas i den permanenta verksamheten från 2012. Detsamma gäller det uppdelade ledningsansvaret mellan TKC och HSF vilket också löses i en permanent verksamhet. Samtidigt finns det flera områden man bör tänka igenom och som det finns potential att utveckla.

- **Fortsatt fokus på nyanlända**

I permanent verksamhet breddas målgruppen till att inkludera alla invandrare i de aktuella språkgrupperna, vilket är rimligt. Utvärderingen talar samtidigt för att de som träffat hälsokommunikatörer i ett sent skede efter ankomsten till Sverige generellt är mindre nöjda med insatsen. Därför synes det viktigt att verksamheten fortsatt lägger större fokus på att nå invandrare så snart som möjligt efter ankomsten till Sverige.

- **Prioritera grupper med störst behov**

Behoven skiljer sig åt mellan språkgrupperna både i utsträckning och i karaktär. I ett läge av begränsade ekonomiska resurser och då man behöver motivera och visa nyttan av verksamheten synes det rimligt att i första hand prioritera de grupper där behovet av kunskap och stöd bedöms som störst. Detta bör beaktas i diskussioner t.ex. kring utökning av antalet språkgrupper. Det förutsätter dock att man förtydligar vad verksamheten vill uppnå samt att man utarbetar ett instrument för att bedöma och följa upp behoven i målgruppen.

- **Nya språkgrupper och potentialen av att utveckla ett nätverk av hälsokommunikatörer**

Antalet språkgrupper som HK representerar är en begränsning, både i dagsläget där många individer i behov av insatsen talar andra språk, men även i framtiden då man kan förvänta sig skiftningar i flyktingströmmar och invandring. Det är därför viktigt att planera för hur verksamheten framöver ska kunna tillgodose behovet av fler språkgrupper än de som täcks för närvarande. En spännande lösning som lyfts av en styrgruppsmedlem rör möjligheten att ge en större grupp vårdpersonal med relevant språklig och kulturell kompetens möjlighet att vidareutbilda sig inom hälsokommunikation för att sedan arbeta deltid i kombination med annan klinisk tjänstgöring. Man skulle enligt denna modell kunna behålla en kärnverksamhet med heltidsanställda HK inom de största språkgrupperna men samtidigt knyta till sig nya kollegor från fler språkgrupper. Förutom de språkliga fördelarna skulle verksamheten då också få en naturlig anknytning till vården vilken varit svår att uppnå på annat sätt.

- **Fokus på välfungerande arenor**

Under projekttiden har stor vikt lagts vid att hitta arenor för att nå målgruppen vilket varit nödvändigt. Att arbeta med en rad olika arenor har dock inget egenvärde om det inte behövs för att nå människor som inte kan nås på annat sätt. De erfarenheter man gjort har visat att verksamheten fungerar bäst om HK har möjlighet att träffa grupper under en hel termin och där synergism kan uppnås med övriga aktiviteter. Att fokusera arbetet på några färre, välfungerande arenor som t.ex. SFI skulle kunna öka utbytet med mindre logistiska utmaningar, mindre spilltid i resor och möjlighet för HK att träffa flera grupper.

- **Ifrågasätt primärvården som en lämplig arena för att träffa målgruppen**

Under projekttiden har det varit svårt att etablera det samarbete man eftersträvat med primärvården. Det behövs sannolikt ett mycket tydligt uppdrag och koppling till primärvårdens arbetssätt om förutsättningar ska kunna skapas för detta på sikt. Frågan är dock om primärvården är en lämplig arena för det som verksamheten vill och kan uppnå? Baserat på utvärderingens fynd är detta inte självklart. I den föreslagna modellen med ett utökat nätverk av hälsokommunikatörer skulle man kunna prioritera vårdpersonal för vidareutbildning från vårdcentraler i invandrartäta områden och då få en naturlig ingång. Samtidigt kanske det är så att den största vinsten man kan göra i kontakten med primärvården är att hälsokommunikatörer i samarbete med TKC fokuserar på att nå personalen snarare än patienterna.

- **Förtydliga mål för verksamhetens innehåll och syfte på individ- och gruppnivå**

Flera aktörer har efterfrågat ett förtydligande av verksamhetens mål på individ- och gruppnivå inklusive svar på frågorna: (1) vilka individer vill verksamheten nå och vad behöver de för information och (2) vilka resultat kan mätas. Exempel på mer konkreta mål kan vara att specificera vinster i form av ökad kunskap, förändrade attityder eller beteende. Att konkretisera vad man vill uppnå i mötet med målgruppen skulle både förtydliga hälsokommunikatörernas roll och ge bättre möjligheter till uppföljning och utvärdering för att motivera en långsiktig insats. Det finns många tänkbara vägar vilka rimligen bör utforskas framöver.

- **Kontinuerlig dokumentation, uppföljning och utvärdering av verksamheten**

Kontinuerlig dokumentation, uppföljning och utvärdering av verksamheten är nödvändig för att verksamheten ska nå rätt grupper och tillfredsställa de hälsorelaterade behoven i dessa samt för att kunna mäta effekter. Detta är en grundförutsättning för att kunna motivera verksamheten, etablera samarbete mellan olika aktörer och säkerställa finansiering på sikt. Ett förslag på modell presenteras nedan.

## Förslag på modell för kontinuerlig dokumentation, uppföljning och utvärdering

- Etablera en enhetlig förteckning över verksamheten där samtliga uppdrag löpande registreras med information om: arenor, grupper, språk, antal deltagare, män/kvinnor, antal träffar etc.
- Hälsokommunikatörernas erfarenheter fångas upp och diskuteras i de regelbundna gruppmötena där strukturerade protokoll förs vilka kan ligga till grund för vidareutveckling av verksamheten. *Ersätter alternativt kompletterar dokumentationsbanken.*
- Regelbundet återkommande fokusgruppdiskussioner alternativt gruppintervjuer ledd av extern person för att få återkoppling från målgruppen. *Ersätter alternativt kompletterar kursenkäterna.*
- Utveckling och implementering av en folkhälsoenkät i *miniformat* översatt till de aktuella språken, kompletterad med frågor kring *kunskap om kropp, hälsa och svenska sjukvårdssystemet* med syftet att:
  - ge en kvantitativ bild av målgruppens socio-ekonomiska och hälsorelaterade behov som kompletterar de kvalitativa erfarenheter som görs av HK i deras arbete
  - ge en kvantitativ bild av kunskapsbehovet i målgruppen
  - erbjuda ett instrument för hälsokommunikatörer vilket *ersätter den tidigare EQ5d skalan och gruppinventeringen* och som utgör en introduktion kring samtalen om hälsa
  - Erbjuder möjlighet till systematisk uppföljning och utvärdering av verksamheten genom uppföljande mätningar med *samma individer*. Detta skulle kunna möjliggöras genom samarbete med exempelvis handläggare på arbetsförmedlingen eller att HK själva följer upp sina grupper.



## Tack till...

Alla som ställt upp med sin tid och bidragit med erfarenheter och synpunkter under intervjuer, möten och telefonsamtal: samtliga hälsokommunikatörer, Marcela Bravo-Landström (projektledare), Mehrnaz Aram (arbetsgruppen HSF), Christian Foster (Länsstyrelsen), Katarina Löthberg (projektledare IMHAD), samtliga styrgruppsmedlemmar, medlemmar i den lokala samverkansgruppen, samarbetspartner på kommuner och arenor, grupperna med nyanlända flyktingar på Tensta SFI, Huddinge flyktingmottagningsenhet och Vällingby SFI Competens

De som organiserade gruppintervjuerna med målgruppen på de olika arenorna: Khaddy Gassama Fredell, Marianne Björklund, Azam Bergström

Anna Svensson från avdelningen för Folkhälsoepidemiologi, Karolinska Institutet, för synpunkter på modifieringen av Folkhälsoenkäten för nyanlända flyktingar

Eva Flodström från Institutionen för Hälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet, för synpunkter på intervjuguiden för gruppintervjuer med målgruppen nyanlända flyktingar

## Referenser

1. SCB, *Befolkning efter bakgrund* ([http://www.scb.se/Statistik/BE/BE0101/2010A01L/Utrikes\\_fodda.pdf](http://www.scb.se/Statistik/BE/BE0101/2010A01L/Utrikes_fodda.pdf)). 2010, Statistiska centralbyrån.
2. Jastrzebska, L., et al., *Flykting i Stockholms län. Så gick det sedan... Länsstyrelsen. Rapport 2011:20*
3. Migrationsverket, *Kommunmottagna personer enligt ersättningsförordningen 2010* (<http://www.migrationsverket.se/info/1903.html>).
4. *Tema Nyanlända. Utan hälsa, ingen etablering - hälsans roll i flyktingmottagandet. Temarapport Hälsa*. 2011.
5. Fax, M., P.T. Seidefors, and A. Öster, *Tema Nyanlända - Slutrapport. Etablering utifrån ett helhetsperspektiv*. 2011.
6. Burström, B., et al., *Ojämlighet i hälsa i Stockholms Län*. 2011, Stockholms Läns Landsting, Karolinska Institutet.
7. Sundell Lecerof, S., *"Olika villkor - olika hälsa: Hälsan bland irakier i åtta av Sveriges län 2008"*. 2008.
8. Socialstyrelsen, *Folkhälsorapport 2009. Kapitel 13 Migration*. 2009.
9. *Projektplan till Europeiska Flyktingfonden. Hälsokommunikatörer i Stockholms Län. Reviderad 20100820. EF-nummer: E83-257*. 2010.
10. Olander, E.o.S., Annette, *Utvärdering av projektet "Internationella Hälsokommunikatörer 2006-2007"*. 2008: Landstinget i Blekinge.
11. Sjöberg, S., *Utvärdering av Hälsokommunikatörer: Regionförbundet Östsam*. 2008.
12. Stenberg, R., *Utvärdering av delprojektet: "Hälsokommunikatörer på modersmål"*. Slutrapport. 2008.
13. Löthberg, K., *Hälsokommunikatörer i ett mångkulturellt samhälle: ett spridnings- och påverkansprojekt inom gemenskapsinitiativet Equal 2006–2007* (<http://www.temaasyl.se/Documents/Projekt/ESF%20Sverige/Slutrapport%20Internationella%20hälsokommunikatörer.pdf>). 2008.
14. Baker, U. *Hälsa - Jämlikhet - Integration: IMHAds slutkonferens, minnesanteckningar från presentationer*. 2011. World Trade centre, Stockholm.
15. *Sammanfattande information om utbildningen av hälsokommunikatörer vid KFA (personlig kommunikation med Jenny Sydhoff)*. 2011.
16. Sydhoff, J., et al., *Hälsokommunikatörsutbildning 2010. Beskrivning och uppföljning*. [www.folkhalsoquiden.se/2011-5](http://www.folkhalsoquiden.se/2011-5). 2011.
17. Donabedian, A., *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. 2003, New York: Oxford University Press.
18. Ovretveit, J., *Metoder för Utvärdering av hälso- och sjukvård och organisationsförändringar. Ett användarorienterat perspektiv*. 2001: Studentlitteratur.

# Appendix 1

## Undervisningsmoduler i Hälsokommunikatörernas utbildning på KFA

Delmoment, omfång och kursgivare:

- Migration och hälsa – 4,5 dagar, SLL
- Folkhälsokunskap och folkhälsoarbete – 6 dagar, KFA
- Interkulturell kommunikation – 5 dagar, Sundbybergs Folkhögskola
- Hälsokommunikation och presentationsteknik – 9 dagar, KFA
- Projektledning och processbeskrivning – 2,5 dagar, KFA
- Hälsopedagogik och levnadsvanor – 10 dagar, KFA
- Psykisk hälsa, stress och sömn – 5,5 dagar, KFA
- Sexualitet och hälsa – 5,5 dagar, SLL
- Jämställdhet, genusperspektiv, etik, kvinnovåld – 4 dagar, KFA
- Egenvård – 3 dagar, SLL
- Arenakunskap – 3 dagar, SLL
- Introduktion och avslutning – 2 dagar, KFA

## Appendix 2

### Statistik över Hälsokommunikatörernas uppdrag 2010-2011

**Tabell 1:** Nyanlända flyktingar: antal grupper, deltagare och tillfällen per språkgrupp

Språkgrupp	Antal grupper	Antal deltagare	Antal tillfällen per grupp (medelvärde)
Arabiska	28	494	12
Persiska	4	52	7
Somaliska	18	356	11
Tigrinja	10	150	6
<b>SUMMA</b>	<b>60</b>	<b>1052</b>	<b>9</b>

**Tabell 2:** Nyanlända flyktingar: antal gruppträffar per arena och språkgrupp

Arenor	Antal grupper per språk					
	Arabiska	Persiska	Somaliska	Tigrinja	”Lätt” svensk	Summa
SFI (Tensta, Vällingby, Södertälje, Hermods)	7	1	13	5	1*	27
Södertälje flyktingintroduktionseinhet	12	-	1	-		13
Jobbtorg/Språkstöd	2	-	3	1		6
Huddinge flyktingintroduktionseinhet	7	1	-	1		9
Arbetsförmedlingen	-	-	1	1		2
IVIK gymnasiet	-	2	-	-		2
Flyktingmottagningen Globen	-	-	-	1		1
<b>Summa</b>	<b>28</b>	<b>4</b>	<b>18</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>60</b>

\* Tigrinjatalande HK

**Tabell 3:** Gruppträffar med asylsökande på Migrationsverket

Språkgrupp	Antal grupper	Antal deltagare
Persiska	6	111
Tigrinja	2	23
<b>SUMMA</b>	<b>8</b>	<b>134</b>

ISBN: 978-91-7457-707-5



EUROPEISKA UNIONEN  
Europeiska flyktingfonden



**Karolinska  
Institutet**