



UPPSALA
UNIVERSITET

Projekt Athena

– en användbar metod för att främja närhet till
arbetsmarknaden och hälsa hos långtidsarbetslösa
utlandsfödda kvinnor?



Josefin Wångdahl
Annika Åhs

Socialmedicinsk rapportserie
Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap 2014-09-04
ISSN 1402-7070

Utvärderarnas tack

- ❖ Först och främst vill vi tacka Deltagarna i projektet som delat med sig av sina erfarenheter och upplevelser.
- ❖ Ett stort tack också till Personalen i projektet för administration/information samt Språkstöd och Tolkar för hjälp med kommunikation.
- ❖ Slutligen, tack till Europeiska Socialfonden och Samordningsförbundet Uppsala för finansiering av projekt Athena.



EUROPEISKA UNIONEN
Europeiska socialfonden

Sammanfattning

Under perioden juni 2012 - juni 2014 genomförde Uppsala kommun arbetsmarknadsprojektet Athena i samverkan med Arbetsförmedlingen och Uppsala Universitet/Uppsala läns landsting. Medfinansiärer var Europeiska socialfonden och Samordningsförbundet i Uppsala. Målgruppen var utlandsfödda kvinnor som fastnat i långvarigt försörjningsstöd. Det övergripande målet med projektet var att hitta effektiva samverkansformer och metoder för att få målgruppen närmare arbetsmarknaden, att hitta alternativa vägar till försörjning samt att öka deltagarnas hälsa och hälsorelaterade beteenden.

Deltagarna fick skräddarsydda individuella scheman vilka bestod av olika gruppaktiviteter t.ex. "jobbsökaraktivitet", datakurs och studiecirkel i hälsa. Därutöver erbjöds man olika individuella arbetsmarknadsinsatser t.ex. praktik på arbetsplats och arbetsförmågebedömning. Arbetslinjen var i fokus och då en deltagare fick en praktikplats eller ett arbete prioriterades den aktiviteten. Totalt deltog 91 kvinnor från 23 olika länder i projektet.

För att få svar på om deltagarna närmade sig arbetsmarknaden samt förbättrat sin hälsa har forskare vid Uppsala Universitet följt och utvärderat projektet. Data samlades in från deltagare genom enkäter och fokusgruppsintervjuer vid projektets start, efter tre månader och efter ett år. Därutöver erhöles en del information från projektpersonalen.

Sammanfattningsvis visar utvärderingen att projekt Athena kan vara en användbar metod för att främja närhet till arbetsmarknaden och hälsa hos långtidsarbetslösa utlandsfödda kvinnor. Resultat visar t.ex. att drygt hälften (52 %) fått minskat försörjningsstöd och att fyra av fem (79 %) påbörjat någon form av arbetsmarknadsinsats. Annat som gjort att deltagarna kommit närmare arbetsmarknaden är att de blivit mer motiverade att söka arbete, brutit social isolering och känner sig mer delaktiga i samhället. Deltagarnas generella självskattade hälsa har förbättrats likaså de har fått bättre självkänsla och komplex hälsolitteracitet (förmåga att förvärva, förstå, värdera och använda hälsoinformation). Vissa förändringar i hälsorelaterade beteenden kunde ses både hos deltagarna och hos bekanta till dem. Det är osäkert om de goda resultaten kommer att kvarstå över tid. Om metoden ska användas i framtiden bör den användas inom ordinarie verksamheter för att möjliggöra långsiktigt kontinuerligt arbete, då vägen till arbete kan ta mer än två år för den varit borta från arbetsmarknaden länge eller aldrig har varit där.

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	2
1. Inledning.....	5
1.1 Syfte.....	7
2. Metod.....	8
2.1. Enkätundersökningen.....	9
2.2 Fokusgruppsintervjuer.....	12
3. Resultat.....	14
3.1 Enkätundersökningen.....	14
3.1.1 Innan insatserna.....	14
3.1.2 Uppföljning.....	16
3.2 Fokusgruppsintervjuer.....	22
3.2.1 Innan insatserna.....	22
3.2.2 Uppföljning.....	24
4. Diskussion.....	33
5. Utvärderingens styrkor och svagheter.....	38
6. Slutsats och rekommendationer.....	39
7. Referenser.....	41

Bilagor

Bilaga 1	Mål och delmål i projekt Athena
Bilaga 2	Beskrivningar av aktiviteter i Athena
Bilaga 3	Beskrivningar av olika typer av anställningar
Bilaga 4	Beskrivningar av olika typer av försörjning
Bilaga 5	Informationsbrev
Bilaga 6	Intervjuguide
Bilaga 7	Tabeller

1. Inledning

En allt större del av den svenska befolkningen består av människor med utländsk bakgrund och framtida prognoser tyder på att den trenden håller i sig (1). Som grupp har utomeuropeiska utlandsfödda personer sämre hälsa och hälsovanor än majoritetsbefolkningen i Sverige (2). Den höga ohälsan hos vissa utlandsfödda grupper kan göra det svårt för många att nå arbetsmarknaden och bli integrerade i det svenska samhället. Risken för social isolering och utanförskap ökar, vilket i sin tur ökar risken för ohälsa.

Den höga arbetslösheten inom gruppen utlandsfödda beror på många faktorer (3). Personernas humankapital kan ha minskat genom migrationen till Sverige. Tidigare utbildningar och yrkeserfarenheter kan ha blivit mindre värda eller användbara p.g.a. att man har olika kunskapskrav i olika länder och för att man behöver praktisera kunskaperna på ett nytt språk. Det sociala kapitalet och det sociala nätverket kan ha minskats och därmed de personliga kontakter som skulle kunna ge möjlighet till arbete. Diskriminering kan vara en annan faktor som leder till arbetslöshet.

Om projekt Athena

Det har visat sig att en viss grupp kvinnor i Uppsala har extra svårt att etablera sig på arbetsmarknaden. Utmärkande för dem är att de är utlandsfödda, har ett långvarigt behov av försörjningsstöd, är icke- förvärvsarbetare, har en låg eller en ofullständig utbildningsbakgrund, att de inte har fullföljt SFI-studier (svenska för invandrare) och att de har olika former av hälsoproblem.

För att få dessa långtidsarbetslösa utlandsfödda kvinnor närmare arbetsmarknaden genomfördes år 2012-2014 projekt Athena i Uppsala kommun. Projektet delfinansierades av Europeiska socialfonden och samordningsförbundet. Samverkanspartner har varit Uppsala kommun, Landstinget i Uppsala län via Uppsala Universitet och Arbetsförmedlingen¹. Projektets övergripande mål var att hitta effektiva samverkansformer och metoder för att arbeta med målgruppen. Mer specifika mål var att hitta alternativa vägar till försörjning samt att öka hälsan och

¹ En projektledare med det övergripande ansvaret för genomförandet och uppföljningen var anställd i projektet. Därutöver var två socialsekreterare anställda, en arbetsförmedlare, en administratör, en ekonom, en datalärare, en lärare i samhällsorientering/språkräning, en lärare för jobbsökaraktiviteten, två ansvariga för att administrera studiecirkel i hälsa samt ett antal studiecirkelledare i hälsa anställda på olika procent. Några personalbyten skedde under projektiden.

hälsorelaterade beteenden hos kvinnor med utländsk bakgrund. Dessutom fanns ett antal delmål för hur stor andel av deltagarna som skulle delta i olika insatser, förbättra sin hälsa m.m. samt delmål om hur deltagarnas familjer skulle påverkas (Bilaga 1). För att öka kvinnornas anställningsbarhet och hälsa erbjöds de delta flera olika aktiviteter. En del i form av gruppaktiviteter; datakurs, samhällsorientering/ språkträning, jobbsökaraktivitet, studiecirkel i hälsa, studiebesök och individuella aktiviteter. Andra i form av individuella aktiviteter; praktik på arbetsplats, arbetsträning, arbetsmarknadsutbildning, studier i svenska, arbetsförmågebedömning och arbetspsykiatrisk utredning (Bilaga 2). Därutöver erbjöds samtliga deltagare individuella samtal med socialtjänsthandläggare och blev inskrivna på Arbetsförmedlingen. Vilka aktiviteter som respektive deltagare var med på och i vilken omfattning bestämdes genom samtal mellan socialtjänsthandläggare, arbetsförmedlare och deltagare utifrån deltagarens behov. En deltagare kunde delta i projektet från det att de blev inskrivna till och med att projektet slutade i juni 2014. Målet var att deltagarnas individuella scheman skulle innehålla aktiviteter som motsvarade 40 timmars sysselsättning i veckan. Sammanlagt skrevs 91 deltagare in i projektets vid fyra olika tidpunkter med cirka 6 månaders mellanrum.²

Förhoppningen med insatserna var att deltagarna i projektet skulle bli bättre rustade och öka sin kompetens inom olika områden för att på så sätt lättare kunna ta sig in på arbetsmarknaden. Dessutom var förhoppningen med insatserna att de skulle förbättra deltagarnas hälsa genom att påverka olika hälsofrämjande faktorer, t.ex. olika hälsovanor, socialt stöd, självförtroende och hälsolitteracitet (förmåga att hitta, förstå, kritiskt granska och använda hälsoinformation). Hälsa skulle i sin tur kunna förbättra deltagarnas möjlighet att delta i olika arbetsmarknadsinsatser och chans att få arbete.

Arbete i sig en viktig social determinant för hälsa (4). Ett arbete med goda arbetsförhållanden kan ge ekonomisk trygghet, social status, ökad självkänsla och socialt stöd (5). Att arbeta kan göra att man kan leva ett mer självständigt liv på egna villkor, att man i mindre utsträckning behöver använda bidrag och att man får en ökad möjlighet att ta del av det samhället, vilket minskar risk för social isolering. Ett flertal studier har visat att prevalensen för ohälsa och ökad dödlighet är högre för arbetslösa än för dem med arbete. Kvinnor som är arbetslösa eller tar hand om hemmet på heltid har dessutom en större benägenhet att skatta sin hälsa sämre jämfört med andra. Det är därför viktigt att öka kunskaperna om hur man kan hjälpa utlandsfödda att komma närmare arbetsmarknaden.

² Den förstagruppern bestod av 51 deltagare, den andra av 16, den tredje av 13 och den fjärde av 11 deltagare.

1.1 Syfte

Syftet med utvärderingen var att undersöka om insatserna i projektet Athena lett till att deltagarna närmade sig arbetsmarknaden och förbättrat sin hälsa. Hypotesen var att deltagarnas hälsa och närhet till arbetsmarknaden skulle öka och att olika hälsfaktorer skulle förändras i positivt riktning.

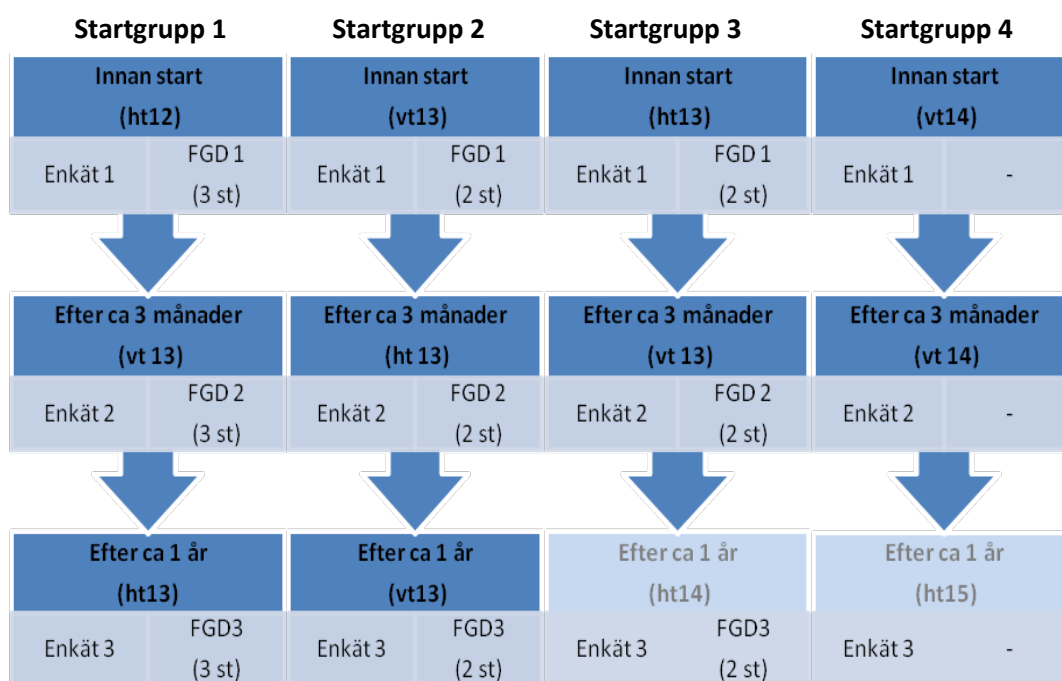
Specifika frågeställningar

- Har deltagarnas sysselsättning, försörjning och delaktighet i samhället påverkats av deltagandet i projekt Athena?
- Har deltagarnas hälsa, hälsorelaterade beteenden och hälsolitteracitet påverkats av deltagandet i projekt Athena?

2. Metod

Uppsala Universitet har på uppdrag av Uppsala kommun genomfört en utvärdering av projekt Athena³. Utvärderingen genomfördes under perioden september 2012-maj 2014⁴. För att analysera utfallet av projektet samlades information till utvärderingen in genom enkäter och fokusgruppsintervjuer. Insamling av data skedde i projekt Athenas lokaler. Samtliga 91 personer som skrevs in i Athena tillfrågades om att delta i utvärderingen (Bilaga 5). Av dem samtyckte 78 person till att delta i utvärderingen.

Data samlades in då deltagarna började i projektet, efter 3-4 månader och efter ett år (Figur 1). Den första uppföljningen gjordes i samband med att studiecirkelarna i hälsa avslutades. Deltagare som börjat arbeta eller som slutat i verksamheten vid uppföljningarna tillfrågades om de kunde medverka i utvärderingen precis som övriga.



Figur 1. Flödesschema för datainsamling. Tonade celler är ännu inte genomförda.

³ Annika Åhs har ansvarat och genomfört det huvudsakliga arbetet med fokusgruppsintervjuerna och Josefin Wångdahl ansvarat och genomfört det huvudsakliga arbetet med enkätundersökningen. Vetenskaplig rådgivare och sakkunnig var professor Ragnar Westerling, Samtliga är verksamma vid Socialmedicin, Institutionen för vårdvetenskap, Uppsala Universitet.

⁴ Ytterligare fokusgruppsintervjuer kommer att göras i september 2014. Se Figur 1.

2.1. Enkätundersökningen

Urval och procedur

Av totalt 91 personer som skrevs in Athena var det 78 personer som fyllde i minst en enkät. På enkät 1 svarade 57 personer (72 %), på enkät 2 svarade 52 (67 %) personer och på enkät 3 har hittills 40 personer svarat, dvs. 59 %. Deltagare i startgrupp 3 och 4 (26 personer) har inte hunnit svara på den tredje enkäten eftersom de startade hösten 2013 och våren 2014.

För att så många som möjligt skulle delta skickades först en kallelse ut om var och när de välkomnades att svara på en enkät. Därefter påmindes kvinnorna om att medverka via telefon. I de fall deltagare som ville svara inte kunde, gjordes ett försök att boka in en alternativ tid då de kunde fylla i enkäten. Vid behov kontaktade personal från Athena arbetsgivare för att de som var ute på praktik eller arbete skulle kunna få ledigt.

Enkäterna fanns dels på svenska, dels översatta till deltagarnas modersmål (arabiska, farsi, somaliska och sorani). Översättningarna skedde enligt riktlinjer för översättning av instrument (6), dvs. genom översättning, tillbakaöversättning och pilottestning via intervjuer. Vid användning av svenska enkäter översatte tolk enkäterna muntligt. Om någon hade svårt att läsa eller skriva själv, hjälpte tolk eller språkstöd⁵ till med att läsa upp och fylla i enkäten.

Enkätens innehåll

Enkäterna innehöll olika sociodemografiska frågor t.ex. om ålder, födelseland, utbildningsnivå samt frågor om närheten till arbetsmarknaden, hälsa, livsstil och hälsolitteracitet (förmåga att hitta, förstå, värdera och använda hälsoinformation) samt om sociala kontakter. Nedan följer information om frågor som användes.

Försörjning mättes genom att deltagarna fick svara på frågor om hur de fick sin försörjning. Fler svar kunde anges. Därutöver ställdes frågor om hur deltagarna upplevde att deltagande i Athena påverkat deras **möjlighet att få arbete** samt om **motivation att söka arbete**, om **ny kunskap** som kan öka möjligheten att få ett arbete och **förbättrad svenska**. När det gäller **sysselsättning** och **försörjning** användes statistik framtagen av projektpersonal i Athena⁶.

⁵ Språkstöd bestod av personer som kunde tala och läsa deltagarnas modersmål och som hade erfarenheter av tidigare datainsamling med målgruppen migranter. Språkstöd hjälpte till då enkäten fanns översatt till deltagarens modersmål, i annat fall användes alltid tolk.

⁶ Statistik från personalen i projekt Athena användes för att undersöka sysselsättning och försörjning. Den inkluderade samtliga deltagare.

Hälsa mättes genom att deltagarna fick svara på en övergripande fråga om sin **generella hälsa** (självskattad hälsa) som använts i den svenska nationella folkhälsoenkäten (7) samt olika frågor som tillsammans bildar olika hälsoindex. När det gäller **psykiskt välmående** användes General Health Index Questionnaire (GHQ12) (7, 8). Får man totalt tre poäng eller mer på frågorna klassas man ha nedsatt psykiskt välbefinnande⁷. **Self-efficacy** (tilltron till den egna förmågan) mättes med indexet General Self-Efficacy Scale (9) som går från 10 till 40, ju högre siffra desto större tro på sin egen förmåga. Därutöver ställdes frågor om hur deltagarna upplevde att deltagande i Athena påverkat deras hälsa.

Hälsorelaterade levnadsvanor mättes genom frågor om hur ofta deltagarna var fysisk aktiva per vecka och hur mycket frukt och bär samt grönsaker och rotfrukter som deltagarna åt. Frågorna har tidigare använts i den nationella folkhälsoenkäten (7). Svar från frukt- och bärfrågan samt grönsaks- och rotfruktsfrågan vägdes samman och gav en gemensam indikation på hur mycket frukt och grönsaker som deltagarna åt (7). Därutöver ställdes frågor om vad deltagarna har för plan att äta hälsosamt samt vad de har för plan att vara fysiskt aktiva (på ett sätt så att de blir varma minst 30 min 3 dagar i veckan). Dessutom ställdes frågor om hur deltagarna upplevde att deltagande i Athena påverkat deras hälsobeteende. Förändring av alkohol och tobaksvanor undersöktes inte då det var väldigt få deltagare som vid start angav att de rökte eller drack några större mängder alkohol.

Hälsolitteracitet kan i korthet beskrivas som människors förmåga att kunna förvärva, förstå, värdera och använda hälsoinformation (10) och ses som en viktig faktor för empowerment och hälsa (11). För att mäta *funktionell hälsolitteracitet* (FHL) - en persons förmåga att läsa och förstå skriftlig hälsoinformation (12) användes den svenska funktionella hälsolitteracitetsskalan (SFHL) (13). För att mäta *komplex hälsolitteracitet* (KHL) vilket något förenklat kan beskrivas som förmågan att kunna förvärva, förstå, värdera och använda hälsoinformation för att kunna bibehålla eller förbättra hälsan, användes den korta versionen av det Europeiska frågeformuläret för hälsolitteracitet (HLS-EU-Q16) (14).

Sociala kontakter mättes genom att deltagarna fick svara på frågan om de börjat umgås med andra deltagare från Athena på sin fritid.

⁷ Indexet går från 0 till 12, varav 12 innebär att man har 12 symtom som tyder på psykisk ohälsa och 0 att man inte har några symtom. Endast de 11 första frågorna användes då den sista fallit bort i en del enkäter i samband med översättning.

Spridningseffekter mättes genom att deltagarna fick svara på om de berättat om vad de talat om på studiecirkelarna för vänner och familjemedlemmar, samt om de förändrat något för att förbättra sin hälsa till följd av det som deltagare från projektet berättat för dem.

Analys av data

Insamlad data från enkäterna analyserades med hjälp av SPSS (Statistical package for Social Sciences version 21). Statistiska tester användes för att undersöka signifikanta skillnader i svar från de tre mättillfällena. Kruskal-Wallis test (15) användes för att undersöka om det fanns någon statistisk skillnad i svar mellan samtliga tre mättillfällen. Om så var fallet användes Mann-Whitney test (15) mellan enkät 1 och 2 samt mellan enkät 1 och 3 för att undersöka mellan vilka mätpunkter, skillnaderna i svar hade skett. Skillnader i svar på frågor om Athena mellan enkät 2 och 3 undersöktes med hjälp av Mann-Whitney test.

2.2 Fokusgruppsintervjuer

Urval och procedur

Tre inledande fokusgrupper gjordes med den första startgruppen i november 2012. Sedan gjordes två fokusgrupper i mars/april 2013 med den andra startgruppen och två fokusgrupper gjordes i september 2013 med deltagare från den tredje startgruppen. Totalt sju fokusgrupper inkluderades i utvärderingen (med mellan 3-8 deltagare) och varje grupp träffades efter tre till fyra månader och efter ett år (Figur 1). P.g.a. praktiska skäl kunde deltagare ibland få medverka i en annan fokusgrupp vid uppföljningen⁸. Alla intervjuer gjordes i projekts lokaler. Varje fokusgrupp träffades i ungefär tre timmar. Samma person ledde fokusgrupperna vid varje tillfälle.

För att göra det lättare för kvinnorna att uttrycka sina åsikter gjordes fokusgrupperna på deltagarnas hemspråk med tolk. Några undantag gjordes då fokusgrupper hölls på svenska utan tolk (två grupper). I de grupperna deltog personer som bedömdes ha goda kunskaper i svenska. Deras språkkunskaper bedömdes av handläggare i projektet.

Deltagarna informerades om att data behandlas konfidentiellt och att resultaten för enskilda deltagare inte presenteras utan att resultaten redovisas på gruppnivå. Informationen presenterades i ett brev som skickades till deltagarna innan träffarna, och fokusgruppsledaren repeterade informationen innan man började en fokusgrupp. Deltagarna instämde till att man inte fick delge någon annan vad som sagts i gruppen, d.v.s. att sekretess var en regel för gruppen. Samtliga intervjuer spelades in (via ljudupptagning) efter att deltagarna tillfrågats om de godkände det.

Innehållet i fokusgruppsintervjuerna

I fokusgrupperna diskuterade deltagarna sin inställning till arbete/studier och om projektet påverkade deras möjligheter att komma närmare arbetsmarknaden.⁹ Andra teman som diskuterades handlade om deltagarnas hälsa, livsstil, sociala stöd/nätverk och om deras upplevelse av att delta i samhället. Intervjuguiden innehöll öppna frågor (Bilaga 6). Ibland behövde inte alla frågor ställas om deltagarna själva diskuterade ett tema utförligt.

⁸ Tidpunkten för gruppen som de initialt deltagit i kunde sammanfalla med undervisning eller privata angelägenheter.

⁹ I resultatdelen för fokusgrupperna används ordet arbete synonymt för olika former av arbeten (t.ex. för välfärdsanställning eller praktikplats på arbete).

Analys av data

Intervjuerna transkriberades verbatim, dvs. de inspelade ljudfilerna skrevs ned ordagrant som textfiler. Innehållsanalys användes för att se till det manifesta innehållet i samtalen (hur kvinnorna konkret svarade på frågorna) men också till det mer latent innehåll i det som sades (en tolkning av teman som finns i samtalen/texten). Först kondenserades eller förtätades meningen i det som sades. Sedan skapades meningsbärande enheter i texten i form av kategorier som antas avspegla det mest centrala i det manifesta innehållet. Därefter skapades teman för att beskriva det mer latent innehåll i texten.

3. Resultat

3.1 Enkätundersökningen

3.1.1 Innan insatserna

Nedan beskrivs deltagarnas sociodemografi, sociala stöd och hälsa innan de började ta del av insatserna i projektet.

Sociodemografi

Samtliga deltagare var kvinnor födda utanför Sverige. Flest kom från Irak, Iran, Turkiet, Afghanistan och Eritrea. Totalt var deltagarna födda i 23 olika länder (Tabell 1).

Tabell 1. Antal deltagare per födelse land

	Antal
Irak	18
Iran	8
Turkiet	6
Afghanistan, Eritrea	5
Libanon, Somalia	4
Palestina, Syrien	3
Jordanier, Kenya, Kurdistan, Thailand	2
Bangladesh, Gambia, Indonesien, Libyen, Peru, Rwanda, F.D. Sovjetunionen, Sri Lanka, Sudan, Ukraina	1

Medelåldern för deltagarna var 43 år, den yngsta var 18 år och den äldsta 55 år (Bilaga 7, Tabell 1). De flesta (72 %) var lågutbildade¹⁰ och ett fåtal (7 %) hade akademisk utbildning. Alla var helt utom arbete förutom två personer vilka hade någon form av timanställning. Samtliga var beroende av försörjningsstöd¹¹ för att klara sin ekonomi.¹²

I genomsnitt hade deltagarna varit i Sverige i 12 år (2-28 år) (Bilaga 7, Tabell 1). Den vanligaste sysselsättningen som de hade haft i sitt hemland var att sköta hemmet (46 %), därefter var det vanligast att arbeta (31 %) och studera (23 %) (Tabell 2).

¹⁰ Statistiska Centralbyråns definition av utbildningsnivå används: Högutbildad = Minst treårig eftergymnasial utbildning, Lågutbildad = Högst grundskola eller folkskola

¹¹ Beskrivning av olika sorters försörjning finns i bilaga 4.

¹² Statistik från personalen i projekt Athena.

Tabell 2. Beskrivning av kvinnorna som deltog i utvärderingen.

	Antal	Fördelning (%)
Utbildning		
Ingen	10	13
1-6 år	35	46
7-9 år	10	13
10-12år	17	22
Mer än 12 år	5	7
Hur många personer man lätt kan be om hjälp när det gäller praktiska saker		
Ingen	14	25
1-2	31	54
3-5	10	18
6 eller fler	2	4
	Antal	Andel (%)
Har någon att dela sina innersta känslor med och anförtro sig åt		
	43	75
Sysselsättning i hemlandet		
Arbetade	22	31
Studerade	9	13
Skötte hemmet	33	46
Arbetslös	5	6
Annat	3	4
Bor tillsammans med[#]		
Ensam	10	13
Make/Maka/Sambo/Partner	30	39
Barn	52	68
Andra släktingar	3	4
Andra	3	4

[#]Flera svarsalternativ kunde väljas

Socialt stöd

Flertalet (68 %) deltagare bodde tillsammans med sitt/sina barn. Knappt hälften (39 %) bodde tillsammans med en partner och ett fåtal bodde själva (13 %) (Tabell 2). En fjärdedel (25 %) hade ingen att dela sina innersta känslor med eller någon som de kunde anförtro sig till. En lika stor andel (25 %) hade inte någon som de lätt kunde be om saker såsom t.ex. för att få råd, låna saker, få hjälp med matinköp eller reparationer. Majoriteten (54 %) av deltagarna hade dock någon som de lätt kunde be om hjälp.

Hälsa och hälsorelaterade beteenden

Cirka en tredjedel (33 %) skattade sin hälsa som dålig eller mycket dålig, 23 % som bra eller mycket bra och 44 % som varken bra eller dålig (Bilaga 7, Tabell 3). Minst 40 % hade nedsatt psykiskt välbefinnande. Majoriteten (61 %) åt mycket frukt och grönsaker (61 %). En fjärdedel (25 %) var fysiskt aktiva så att de blev varma 5 timmar i veckan eller mer, 29 % blev det mer än tre men mindre än fem timmar och 27 % en till tre timmar. Övriga 20 % var fysiskt aktiva i max en timma eller

inte alls (Bilaga 7, tabell 4). Flertalet angav att de aldrig dricker alkohol (82 %) eller gör så cirka en gång i månaden (16 %) och de flesta var icke-rökare (91 %).

3.1.2 Uppföljning

Nedan beskrivs förändring av svar på olika frågor mellan start, efter tre månader och efter ett år. Vid frågor om hur deltagarna själva uppfattade projekt Athena och hur deltagande påverkat dem används resultaten från enkät 2 fram eftersom samtliga deltagare haft möjlighet att svara på den. Det var ingen signifikant skillnad mellan hur gruppen i stort svarade på enkät 2 och 3 om inget annat anges.

Närhet till arbetsmarknaden

Enligt statistik från Athenas personal hade totalt 42 deltagare (46 %) någon form av anställning¹³ under projektets två år. En liten andel (12 %) av de som haft en välfärdsanställning hade fått fortsatt arbete. Totalt påbörjade 67 personer i någon sorts arbetsmarknadsinsats¹⁴ (74 %). Fem deltagare som påbörjade en arbetsmarknadsinsats gick vidare till någon form av arbete. Fem deltagare tog del av arbetsmarknadsinsats som resulterade i egen försörjning. Det innebär att cirka hälften (52 %) av deltagarna under projektiden fick sin försörjning från annat än enbart försörjningsstöd.

Tabell 3. Antal och andel deltagare som varit i arbete eller påbörjat arbetsmarknadsinsats under projektiden*

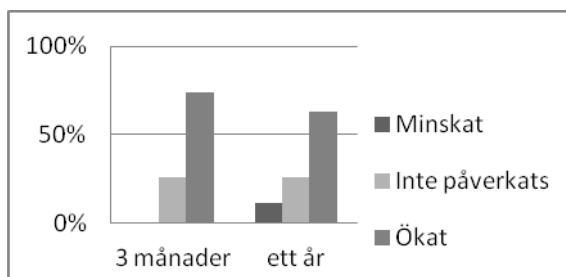
	Antal	Andel (%)
Arbete		
Anställning utan stöd	1	1
Nystartsjobb	2	2
Timsanställning	2	2
Välfärdsanställning	37	33
Arbetsmarknadsinsatser		
Arbetsförmågebedömning	2	22
Arbetsmarknadsutbildning	6	7
Arbetspsykologisk utredning	3	3
Arbetssträning	20	22
Praktik	26	29
SFI-studie	3	3
SAS-G G (Svenska som andra språk)	5	5
Annan insats	2	2

*Statistik från Athenas personal.

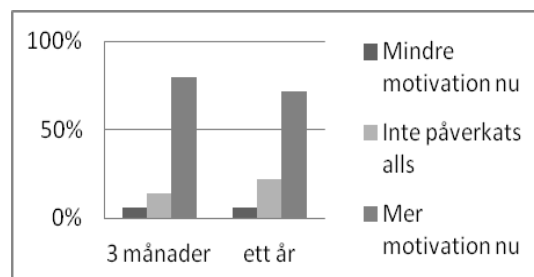
¹³ Olika former av anställningar beskrivs i bilaga 3.

¹⁴ Arbetsmarknadsinsats använd i stället för arbetsrehabiliterande insats då det sistnämnda är något mer specifikt och omfattar något färre insatser enligt Arbetsförmedlingen, än antalet som man syftar på med detta begrepp i projektet.

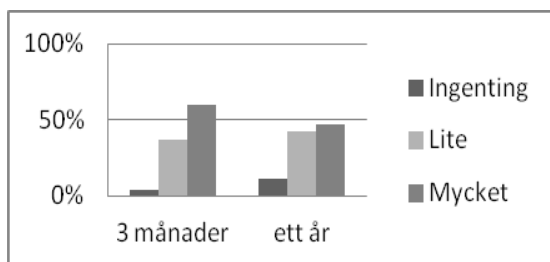
Flertalet deltagare upplevde tre månader efter start att möjligheten att få ett arbete ökat (74 %) och att motivationen att söka arbete ökat (80 %) då de deltagit i Athena (Figur 2 och 3). Majoriteten av deltagarna upplevde också att de lärt sig mycket som kan hjälpa dem att få ett arbete (60 %) samt att deras kunskaper i svenska blivit bättre (83 %) (Figur 4 och 5).



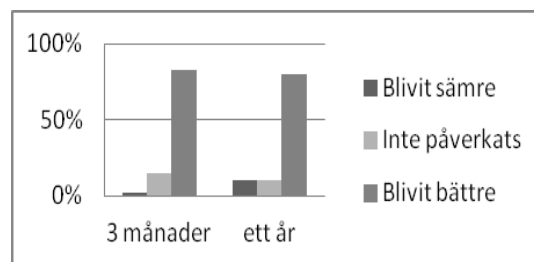
Figur 2. Hur deltagande i Athena påverkat deltagarnas möjlighet att få arbete



Figur 3. Hur deltagande i Athena påverkat deltagarnas motivation att söka arbete



Figur 4. Hur mycket deltagarna lärt sig i Athena som kan vara till nytta för att få arbete



Figur 5. Hur deltagande i Athena påverkat svenskan

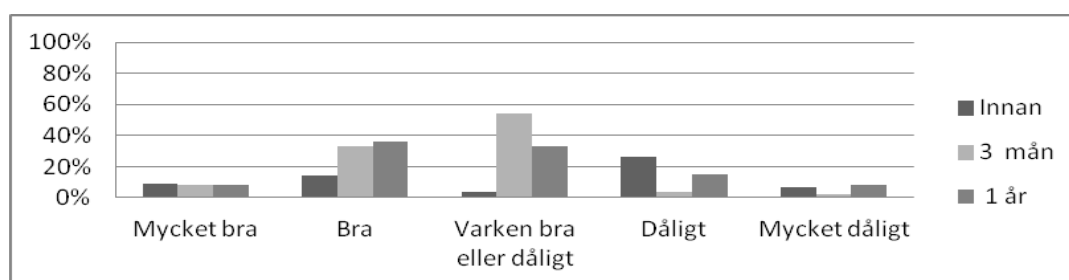
Flertalet deltagare upplevde att deltagande i de olika aktiviteterna i projekt Athena kan göra det lättare att få ett arbete. Efter tre månader upplevde mellan 60 % och 70 % av deltagarna att deltagande i datakursen, samhällsorienteringen/ språkträningen, jobbsökaraktiviteten, praktik på arbetsplats och arbetsmarknad utbildning kunde göra det lättare för dem att få arbete. När det gäller studiecirkeln i hälsa, studiebesök och arbetsträning var deltagarna mer tveksamma. Mellan 50 % och 59 % upplevde att deltagandet i dem kunde göra det lättare att få ett arbete, de flesta övriga menade att det kanske kunde göra det. När det gäller föreläsningar var det endast 40 % av deltagarna som upplevde att de kunde göra det lättare för dem att få arbete, knappt hälften (46 %) upplevde att de kanske kunde göra det (Tabell 4). Inga signifikanta skillnader kunde ses mellan svar från de två uppföljningarna (Bilaga 7, Tabell 2).

Tabell 4. Om deltagande i aktivitet kan göra det lättare att få ett arbete.

Insatser	Andel som svarat ja efter 3 mån
Data	60-70 %
Samhällsorientering/språkträning	
Jobbsökaraktivitet	
Praktik på arbetsplats	
Arbetsmarknadsutbildning	
Studiecirkel i hälsa	50-59 %
Studiebesök	
Arbets träning	
Föreläsningar	40 %

Hälsa

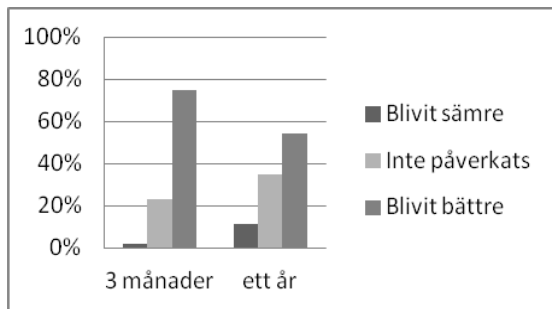
Deltagarna skattade sin **generella hälsa** som bättre både efter tre månader ($M = 3.1$) och efter ett år ($M = 2.0$) jämfört med vid start ($M = 3.4$) (Bilaga 7, Tabell 2). Vid den sista uppföljningen var det en mindre andel (23 %) som skattade sin hälsa som dålig eller mycket dålig jämfört med vid start (33 %). Nästan en dubbelt så hög andel (44 %) skattade sin hälsa som god eller mycket god vid den sista uppföljningen jämfört med vid start (23 %) (Figur 6).



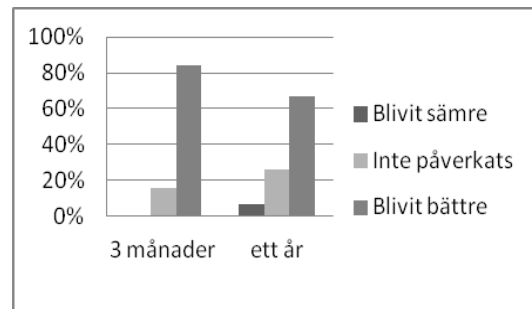
Figur 6. Förändring av generell hälsa.

Det **psykiska välbefinnande** hos deltagarna var bättre efter tre månader ($M = 2.0$) jämfört med vid start ($M = 3.4$) (Bilaga 1, tabell 4). Cirka hälften så många (19 %) hade då nedsatt psykiskt välbefinnande jämfört med vid start (40 %) men ingen skillnad kunde ses mellan start och efter ett år. **Self-efficacy** (tilltron till den egna förmågan) och **BMI** förändrades inte mellan de olika mätpunkterna (Bilaga 1, Tabell 3).

Som svar på frågan **om deltagandet i projekt Athena påverkat hälsan** angav de flesta deltagarna att deras hälsa blivit bättre (75 %) efter tre månader. Färre (54 %) angav detsamma ett år efter start (Figur 7). Flertalet angav också att hälsan blivit bättre av deltagandet i studiecirkeln i hälsa efter tre månader (84 %) (Figur 8).



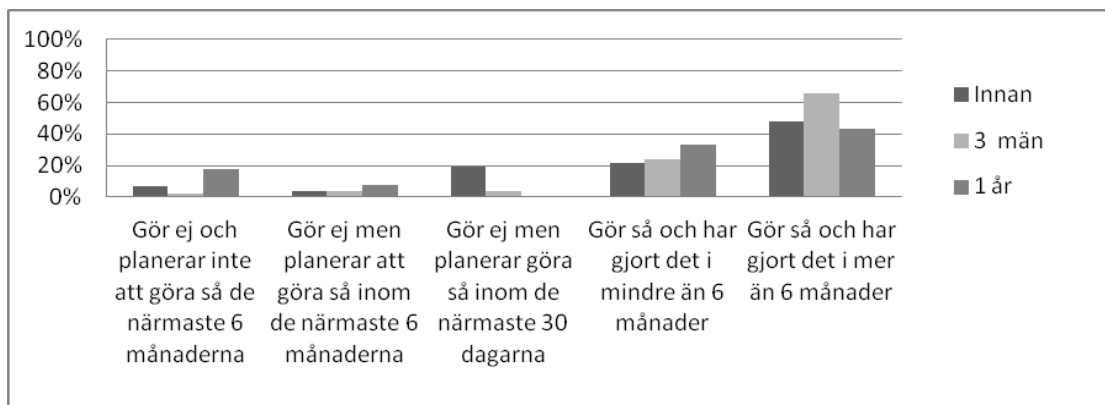
Figur 7. Hur deltagande i Athena påverkat hälsan



Figur 8. Hur deltagande i studiecirkeln i hälsa påverkat hälsan

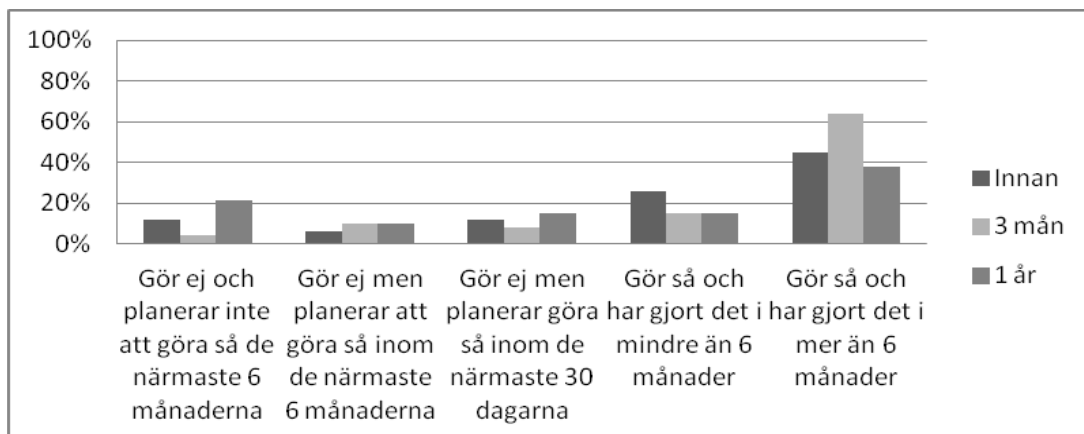
Hälsorelaterade beteenden

Inga skillnader i svar på **hur ofta deltagarna var fysiskt aktiva i veckan** eller **åt frukt och grönsaker** kunde ses (Bilaga 7, tabell 4). På frågor om **planer gällande hälsosam mat och fysisk aktivitet** observerades dock en del skillnader (Bilaga 7, tabell 5). En större andel sa sig äta hälsosam mat efter tre månader (90 %) jämfört med vid start (70 %) (Figur 9), men ingen signifikant skillnad kunde ses i svar mellan start och efter ett år.



Figur 9. Planer på att äta hälsosam mat

När det gäller planer på att vara fysiskt aktiv (så att man blir varm minst 30 minuter tre gånger i veckan) sågs ett negativt resultat vid den andra uppföljningen. Då angav 53 % att de var fysiskt aktiva jämfört med 71 % vid start. Dessutom var det en större andel (21 %) som svarade att de inte var fysiskt aktiva och som inte planerade att vara det de närmaste sex månaderna jämfört med vid start (12 %)(Figur 10).

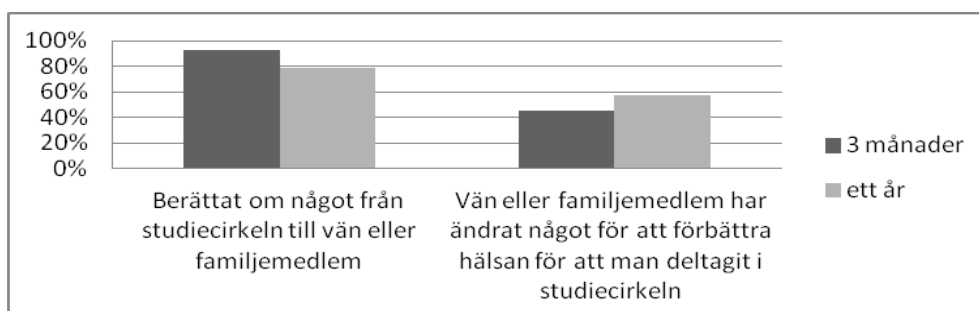


Figur 10. Planer på att vara fysiskt aktiv så att man blir varm minst 30 min, tre gånger i veckan

Nästan alla som deltagit i studiecirkeln i hälsa uppgav tre månader efter start, att de hade **gjort något för att förbättra sin hälsa** på grund av deltagandet i studiecirkeln (95 %). Flertalet (73 %) upplevde att de lärt sig mycket om hälsa genom att delta, övriga att de lärt sig lite. Det vill säga, alla hade **lärt sig något om hälsa** (Bilaga 7, Tabell 6).

Spridningseffekter

Nästan alla (93 %) **berättat för andra om det som man pratat om i studiecirkeln** (93 %) och nästan hälften (45 %) angav att **familj eller vänner förändrat något för att förbättra sin hälsa** på grund av att de deltagit i studiecirkeln (Figur 11).

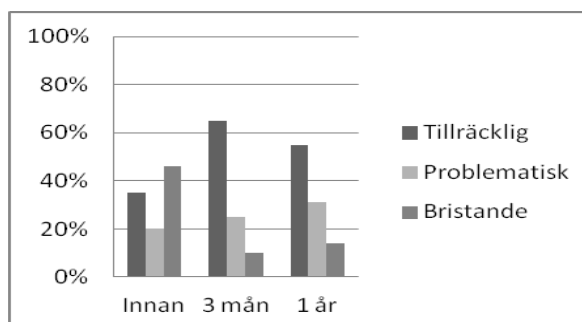


Figur 11. Hur vänner och familjemedlemmar berörts av deltagarnas deltagande i studiecirkeln i hälsa.

Hälsolitteracitet

Deltagarnas funktionella hälsolitteracitet, dvs. förmåga att läsa och förstå skriftlig hälsoinformation förändrades inte av att delta i projektet (Bilaga 7, tabell 4).

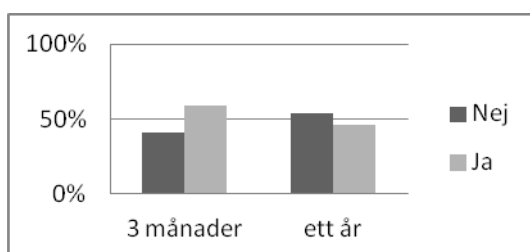
Däremot förbättrades deltagarnas komplexa hälsolitteracitet, dvs. förmåga att kunna förvärva, förstå, värdera och använda hälsoinformation. Efter tre månader hade 10 % och efter ett år 14 % bristande komplex hälsolitteracitet jämfört med 46 % vid start. Efter tre månader hade 65 % och efter ett år 55 % tillräcklig¹⁵ komplex hälsolitteracitet jämfört med 35 % vid start (Figur 12).



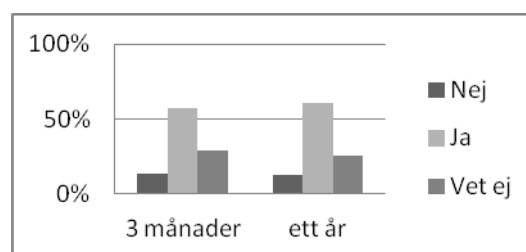
Figur 12. Förändring av komplex hälsolitteracitet

Socialt stöd och förväntningar med projekt Athena

Något fler än hälften av deltagarna (59 %) uppgav tre månader efter start att de börjat umgås med andra deltagare från Athena på fritiden (Figur 13). En lika stor andel (57 %) angav att Athena motsvarade de förväntningar som de haft på projektet (Figur 14).



Figur 13. Om deltagare börjat umgås med andra i Athena på fritiden



Figur 14. Om Athena motsvarade deltagarnas förväntningar

¹⁵ D.v.s. tillräcklig förmåga att kunna förvärva, förstå, värdera och använda hälsoinformation för att kunna bibehålla och förbättra sin hälsa.

3.2 Fokusgruppsintervjuer

3.2.1 Innan insatserna

Innan deltagarna började i insatserna i projektet diskuterade de sin syn på arbete och studier och samtalade om hur de såg på sin hälsa, livsstil och sitt sociala stöd.

Förväntningar

Det var tydligt att arbete är någonting som deltagarna värderar mycket högt. Man uttryckte en förväntan om att projektet skulle leda till att man fick ett arbete. Att få ett arbete skulle i sin tur göra att man känner sig mer delaktig i samhället, blir en förebild för barnen och fokuserar på någonting annat än problem. Arbete antogs förebygga ohälsa och ge självförtroende och självkänsla, ge en möjlighet att använda svenska och att träffa andra personer. Man diskuterade att arbete kan underlätta att man får en bättre ekonomi. Det var viktigt att kunna försörja familjen och att inte vara beroende av försörjningsstöd. Man kunde känna en skam inför att ha försörjningsstöd. För att få ett arbete behövde man praktisk hjälp och stöd, liksom kontakter, resonerade man. Några deltagare önskade en yrkesutbildning via projektet.

Kritiska röster beskrev att tidigare insatser, såsom praktikplats via andra projekt inte gett något resultat. Några menade att man blivit placerad i Athena för att få ersättning och man tvivlade på att en medverkan kunde bidra med någonting nytt.

Språksvårigheter, låg utbildning i hemlandet, eller avsaknad av körkort kunde vara hinder för att få arbete, diskuterade deltagarna. SFI-studierna hade inte varit anpassade till de egna språkkunskaperna och var därför alltför svåra. Det är ett dilemma är att utbildning behövs för att få ett arbete, men att man inte klarar av att studera. Man beskrev att man hellre vill arbeta då man kände sig trött på att studera. Koncentrationssvårigheter eller att det var svårt att få barnpassning var hinder för studier. Att först arbeta för att spara pengar för att sedan kunna studera var en möjlighet i framtiden.

Krav från familjen, att man själv var något äldre, fördomar eller diskriminering i samhället och ohälsa beskrevs som andra hinder för att få arbete. Några antog att man först behöver bli frisk för att kunna få ett arbete, medan andra uttryckte att arbete kan göra att man kan ha tankarna på någonting annat än ohälsa. Deltagare resonerade kring att de vill ha ett arbete som var anpassat till brister i hälsan, men att deltidsarbete var svårt att få.

Hälsa och levnadsvanor

I de inledande fokusgrupperna handlade ett samtalsämne om vad det betyder att ha hälsa i sitt liv. Vissa deltagare beskrev att de hade depression och oro för arbetslöshet. Andra menade att de mårde bra, trots att de hade huvudvärk, värk i rygg och leder, eller magproblem. Hälsa omfattar både mental och fysisk hälsa resonerade man.

Samtal om betydelsen av arbete återkom i diskussionerna där man definierade vad hälsa är. Att börja arbeta var den största förändringen som man ville göra i sin "livsstil" för att påverka hälsan. Återigen argumenterade man att arbete och sysselsättning främjar god hälsa, men att brist på arbete leder till en sämre hälsa. Arbete ger energi trots att man har smärta. Att inte ha arbete ger en dålig ekonomi och en oro som i sin tur påverkar hälsan. Arbete antogs ge självständighet, sociala kontakter och göra så att man kan försörja familjen. Att inte kunna försörja barnen påverkar föräldrarollen negativt, menade man.

En annan fråga som diskuterades var om man kunde se ett samband mellan sin livsstil, och sin hälsa, eller om man kunde se ett samband mellan hur man lever och hur man mår. Deltagarna resonerade kring att det finns kulturskillnader mellan Sverige och hemlandet och att det medför både för- och nackdelar för livsstilen och hur man mår. Man vill behålla vissa av de egna sederna, men vill samtidigt göra förändringar. En ny kultur har gett mer frihet för barnen och egen frihet, eller rörelsefrihet. Man kan bära andra kläder. Männen har förändrats och hjälper till mer i hemmet. Några hade separerat.

Man talade om att ohälsa i sig kan vara ett hinder för bra levnadsvanor. Värk, men också sjukdom i familjen, påverkade förutsättningar för att motionera. Några tyckte att man kan motionera mer som kvinna i Sverige, men andra uttryckte att det finns få idrottshallar för kvinnor och att det kan försvåra möjligheten att ha en god hälsa. Det är svårt att träna med slöja och kallt väder kan vara ett hinder för motion. Dålig ekonomi upplevdes också vara ett hinder för att utföra idrott.

Stressande familjesituationer påverkade hälsan negativt, såsom ohälsa hos barnen, en sjuk make eller att man kände sig maktlös inför att släkten i hemlandet utsattes för påfrestningar.

En livsstil som relaterades till sämre hälsa var brist på socialt stöd eller möjligheter att träffa andra, t.ex. då man saknade släkt och kände sig ensam. Att inte träffa andra gjorde även att man glömde sina kunskaper i svenska. Att däremot ha skaffat sig nya vänner t.ex. efter en separation eller sorg av anhörig antogs ha påverkat hälsan positivt. En del deltagare berättade att de hade få vänner, medan andra uttryckte att de var nöjda med sitt sociala stöd. En önskan om att ha fler vänner och att kunna känna närhet till en vän var ett tema som

diskuterades. Vissa personer hade kontakt med svenskar, medan andra beskrev att de inte hade det och att det var svårt att få kontakt med personer från Sverige.

3.2.2 Uppföljning

Fokusgrupper gjordes efter tre till fyra månader, samt efter ett år för att få en bild av hur projektet påverkat deltagarna, vad som fungerat och vad som kunde ha gjorts bättre.

Påverkan på hälsa och levnadsvanor

Många kvinnor uttryckte att de mådde bättre sedan de börjat i projektet. Man nämnde att man lärt sig mer om mental hälsa och tandhälsa (i studiecirkeln för hälsa) och att det var bra att man diskuterat vart man kan vända sig om man blir sjuk. Många menade att de mådde bättre psykiskt och hade mer energi.

”Jag känner mig mer. Jag mår väldigt bra nu efter mitt deltagande i Athena-projektet. Jag mår mycket bättre. Innan jag deltog i Athena-projektet jag mådde dåligt när mina barn gick till skolan och jag var ensam hemma jag blev liksom hushållsarbete. Men efter det blivit klart så började jag gråta. Men nu efter jag har deltagit mår jag väldigt bra.”

”För min del har jag blivit fri från depressionen. Jag brukade vara hemma hela tiden. Nu är jag en mer aktiv person.”

”Jag hade aldrig brytt mig om att måla mina ögonfransar och ta hand om min frisyra men nu gör jag det innan jag går till skolan. Det beror på att jag är glad och ser mycket folk och vill se proper ut. Jag minns inte ens att jag har kammat håret tidigare. Och jag har andra sorters kläder på mig. Förut kunde jag ta vad som helst på mig. När man mår bra inombords är glad kan man göra mycket mer...”

”Jag har gått ner i vikt. Jag promenerar mycket mer nu, långa sträckor. Jag väl hand om mina tänder. Jag har blivit mer medveten om min psykiska hälsa också. När man känner sig deppig så vet man hur man ska ta sig ur den dåliga cirkeln genom att kontakta vänner och försöka göra någonting.”

De flesta kvinnorna uttryckte att man fått mer kunskap om kost och motion. Det framkom att vissa tyckte att de tidigare haft kunskapen om hur de ska hantera sin hälsa, men att de nu fått hjälp att praktisera kunskapen med hjälp av studiecirkeln. Man behövde en påminnelse om hur man kan göra för att påverka sina hälsovanor, eller få råd, stöd och uppmuntran för att klara av att förändra vanorna. Andra menade att man inte haft tillräcklig kunskap om hälsa innan studiecirkeln.

”Tidigare fick vi råd av vår läkare att motion var bra och att man skulle undvika det och det. Men det fastnade inte ordentligt förens man fått det förklarat för sig.”

Att man blivit varse om innehållet av fett och socker i mat diskuterades flitigt. Vissa hade minskat fett- och sockerintag och förändrat matinköpen (t.ex. köper mer "nyckelhålsmärkta" varor).

"Att vi har lärt oss att det är jätteviktigt att reglera att få struktur på kosten och motionen. Man ska tänka sig för när man ska äta någonting, man ska kolla på näringsinnehållet. Mycket socker, kolhydrater och fett man äter."

Att ha börjat motionera mer nämndes som en förändring man gjort, eller ville göra t.ex. genom att ta fler promenader.

"Jag har tränat på Friskis och Svettis. Jag har nyligen köpt kort och ska börja träna. Jag köpte i går. För axlarna för att det är spänt. Jag vägde 75 och nu väger jag 67".

En del har ingen tanke på att göra någon förändring i livsstilen. Det kunde också vara svårt för vissa att förändra vanor. Man formulerade att det är svårt när man arbetar p.g.a. tidsbrist, eller då man har värk, eller då de tycker att en hög ålder påverkar förmågan till inläring.

"Jag hinner inte. Jag kommer hem vid fyrtiden. Jag har ju barn. Och efter det blir det inget mer gjort."

"Jag vi har ju lärt oss ett och annat på kursen. Den här maten är bra så här ska ni göra så här ska ni inte göra. Men vi följer inte alla rekommendationer. Jag vet allt men gör inte som man lär sig."

Ytterligare ett område som diskuterades var att man inte kunde fokusera på att förändra hälsovanor eftersom man saknade anhöriga (barnen) och kände en sorg över att de bodde kvar i hemlandet.

Påverkan på familjen

Vissa menade att de berättat för familjen eller andra om information som man fått om kost, motion och rökning, liksom att man hade förändrat matvanorna i familjen. Barnen beskrevs vara gladare och mer aktiva då man som förälder arbetade. Andra beskrev att insatserna i projektet inte påverkat deras familj.

"Ja. Både hemma och med vänner. Vi har pratat om vad vi har lärt oss här. Angående mat t.ex. angående träning och idrott. Och jag har också pratat med några väninnor och sagt att de ska prata med sina lärare i skolan och säga att de vill komma till det här projektet. Det är några som har kommit".

"När gäller mina barn så jag berättar inte så mycket om kursen. När det gäller cigaretter har vi pratat om cigaretter. Jag har pratat med mina barn. Han är 17 år började i två veckor röka. Jag berättade hur farligt det är och han har slutat med det."

Arbete ger hälsa

De deltagare som fått någon form av arbete¹⁶ uttryckte genomgående att det hade påverkade hälsan positivt. Då man arbetade fokuserade man mindre på problem, värk och smärta och man hade fått mer energi. Man kände att man kunde bidra mer till samhället. Att arbeta hade gett ett ökat självförtroende, man kände stolthet och man upplevde att man var en förebild för barnen.

”Förut när jag var hemma så var jag ganska deprimerad måste jag säga. Men nu mår jag mycket bättre måste jag säga.”

”Jag hade jobbat många år och den plötsligt blev jag sjuk och blev handikappad. Min arbetsförmåga var inte tillräcklig. Det kändes som om jag hade tappat hoppet. Nu jobbar jag på en förskola. Jag fick hoppet i livet tillbaka. Det kändes som alla de här smärtorna som jag hade bara försvann... Då fick jag tillbaka igen mitt självförtroende när jag började jobba. Mitt självförtroende kom tillbaka igen. Jag säger inte jag har inte smärta längre. Men det känns som om jag har fått en psykisk frihet. Jag har inkomst också och jag har barn här också”.

”Det som har blivit bäst för mig med att komma på Athena-kursen är att jag har fått ett jobb. Det har förändrat mitt liv. Jag har fått bättre självförtroende.”

”Jag har kommit hit och gått in i samhället. På många sätt är väldigt bra när man träffar folk. Man glömmer sin smärta”.

”Stanna hemma är inte så bra. Ekonomin blir bättre. När man vill resa någonstans man bestämmer själv. Sen är man mer rakryggad bland människor man kan vara stolt. Jag vill också påpeka att när man arbetar själv så är man stolt över sig själv. Och mina barn är stolta över att jag har ett jobb. Då är ekonomin mycket bättre. Dessutom har man en ställning i samhället. Man känner sig delaktig i samhället”.

”Man kan också vara ett gott exempel för sina barn. När man har jobb kan man vara deras idol men om man är arbetslös så blir man ett dåligt exempel. Och de kanske tycker det är dåligt att vara arbetslös”.

Att ha lärt sig mer svenska då man arbetat var en annan positiv effekt, resonerande man.

”Vi också har lärt oss mer språk. Sen svarar vi så gott det går. Alla säger att jag är så duktig men jag vet att jag svarar fel. De är mycket trevliga en mycket bra

¹⁶ I fokusgrupperna pratade man om att man varit på praktik och syftade då både på välfärdsanställning som är ett år, liksom praktik på ett arbete. Det verkade det inte var klart för deltagarna vad skillnaden var mellan de olika insatserna.

grupp som inkluderar mig som frågar mig om mina barn och min familj så det är verkligen skönt”.

Arbetserfarenhet

Vissa deltagare upplevde att man fått arbetserfarenhet . Man kände sig stimulerad av att arbeta och att man hade mer tillit till sin egen förmåga.

”Vi är mycket glada för jag har haft mycket nytta av arbetet som jag gjorde för jag hade ingen erfarenhet alls. Jag hade inte gjort praktik innan. Jag har fått mycket, mycket av det jobbet. De är jättebra och de har lärt mig massa saker”.

”Jag har sett och erfarit olika praktikplatser. Precis som systemen här så var jag bara i köket. Men man får ju tänka som människa också vad man får ut därifrån och plocka det goda från varje ställe. Ha med sig. Ta de positiva sakerna.”

”Det har fått mig betydligt närmare än jag tror till arbetsmarknaden. Innan sa jag att jag inte kommer jobba för att jag skäms att jag inte kan språket. Jag kan inte prata. Nu efter att jag har jobbat ett tag är jag närmare. Jag har mer tillit till mig själv”.

Oro för arbetslöshet

I de flesta grupperna diskuterades att man var missnöjd med korta projektanställningar och att det påverkade hälsan negativt. I diskussionerna framkom att vissa hade bristande tilltro till att man kan få anställning efter praktikperioden och att man kände sig utnyttjad.

”Både jag och arbetsgivaren har lärt känna varandra. De vet hur jag fungerar när jag har smärta. Hur det blir. Jag vet hur de reagerar när jag gör vissa saker. Vi har vant oss. Och nu säger de att jag ska sluta där. Om jag gör det och kommer ut där och hittar någon annanstans och kommer tillbaka hit. Det är kanske bra att man byter miljö och vänjer sig vid något men samtidigt tar det så mycket tid tills man lär känna varandra”.

”Vi skriver ju på vår cv att vi har ett års erfarenhet att vi har jobbat så och så men hur mycket det hjälper det vet vi inte”.

”Jag kommer att igen bli hos läkarna och bli sjuk igen. Jag har inte varit hos läkarna någon gång den här perioden”.

Kritiska röster hördes från dem som inte fått någon form av arbete. Man hade blivit lovad ett arbete men inte fått det och man tyckte inte att förväntningarna på projektet uppfyllts. De som inte hade fått ett arbete var oroliga för det och många av de som hade en praktikplats var oroliga för kommande arbetslöshet. Oron påverkade intresset för att göra förändringar i livsstilen och den antogs påverka det fysiska måendet.

”Det påverkar hela kroppsdelar, magen och allt”.

Den viktigaste förändringen som man ville göra i framtiden var att få ett ”riktigt” arbete.

”Det är mitt enda mål egentligen. Då känner jag mig som en hel människa”.

Man berättade om förhoppningar om att ett riktigt arbete skulle ge möjligheter, t.ex. att barnen kan flytta till Sverige, eller att man kan resa till släkten i hemlandet.

Förändring av delaktighet i samhället

Många uttryckte att de efter att ha deltagit i projektet kände sig mer delaktiga i samhället för att de har fått ett arbete, eller för att man har lärt sig om hur samhället fungerar. Arbete kan göra att man blir mer delaktig i samhället. Att inte ha ett arbete kan ge känslor av att vara värdelös och tvärtom att ha ett arbete gör att man blir inkluderad i en gemenskap och kan öva svenska.

”Nu när jag vet saker och ting och sitter hemma och diskuterar med mina barn. Förut kunde de säga och jag var tyst och bara lyssnade men nu kan jag diskutera”.

”Med det här arbetet känner vi att vi har kommit in i det svenska samhället”.

”Det här att jag känner att jag är inne i samhället. Att jag träffar svenskar. Där jag jobbar är bara svenskar. Därför säger jag att jag är glad att de är svenskar. Det är p.g.a. språket. Jag är tvungen att använda språket. Jag gör inte skillnad mellan olika nationaliteter men jag får hjälp med språket”.

”Genom arbetet och genom kontakter och genom att vara ute så brukar man förstärka sitt språk som hjälper att få relationer inte bara med landsmän utan också med svenskar. Jag har svenska vänner”.

Man upplever en större delaktighet genom att man blir mer fri och t.ex. kan hjälpa familjen i hemlandet ekonomiskt. Att inte kunna svenska språket och brist på utbildning beskrevs som hinder för att bli mer delaktig i samhället.

”Säkert och du är fri att hjälpa den du vill. Vill du hjälpa dina föräldrar och syskon så kan du göra det. Du är ju fri. Före arbetet var jag på banken att få ett visa kort. De accepterade inte det. Efter jobbet har jag varit på banken och de sa jag visst vill du ha ett två tre det är inga problem”.

Förändring i socialt stöd

Vissa nämnde att det sociala livet ser ut som innan man började i projektet. Man umgås med sina gamla vänner och tycker att det är tillräckligt. Man har t.o.m. svårt att hinna med att umgås med dem.

”Som person är jag en väldigt social person. Så det är inga förändringar jag är som jag är.”

Många nämnde ändå att projektet har gett en möjlighet till kontakt med andra. Några har hittat vänner som de menar att de kan anförtro sig åt. Arbete har brutit isolering och man hade fått sociala kontakter. Projektet har gett möjlighet till kontakt med deltagare eller kollegor. Det hade också gjort att man övat svenska.

”Jag kan säga ja visst genom att komma hit och träffa nya människor, lära känna nya människor och ja träffa nya ansikten nya lärare som är trevliga. Det är också ett sätt att komma ut och bryta isoleringen. Det har varit positivt.”

”Jag hade inte förväntat mig att jag skulle accepteras av svenskar att jag skulle kunna prata med dem ens. Men nu efter två veckor ser jag att jag kan ha den kontakten. Till och med de äldre som jag jobbade med på boendet kunde mitt namn, de ropade.”

Ett tema i diskussionerna handlade om att man i högre utsträckning vågar agera socialt eftersom man via arbetet tränat på att umgås med andra. Att delta i projektet har brutit isolering och gett dem mer självförtroende och självkänsla i sociala kontakter.

”Absolut. Det har varit till stor hjälp, eftersom tidigare så var vi mycket rädda för arbete. Det var en rädsla för arbete och för att jobba bland folk men nu finns inte den längre... Det som är fördel är att man kommer över en tröskel. Förut kunde jag inte jobba bland 20 personer. Men nu kan jag vara på en plats med 15, 20 personer utan att vara blyg. För oss kvinnor i våra länder är det inte så vanligt att arbeta utanför hemmet. Det var lite svårt i början och kändes ”skämmigt”, men nu tycker jag att det går lika bra”.

”I och med att jag har haft mer kontakter med svenskar och praktiserat språket, mitt språk har utvecklats och min självkänsla har blivit bättre. Det är därför jag vågar mer nu, ta kontakt med svenskar.”

”Att kunna kommunicera eller att ha någon form av kommunikation med svenska människor det trodde jag inte att jag skulle klara av. Men nu ser jag att det går ganska lätt”.

”Nu för tiden det hjälpte mig mycket. Jag har mer förtroende för mig själv, känner mig stolt över mig själv och jag vågar stå för mig själ och framför andra.”

Genomförandet av insatserna

I helhet var man mycket nöjd med projektet och många beskrev att alla aktiviteter var viktiga, även om några av de som inte fått någon form av arbete uttryckte att de var besvikna över det och att de inte var nöjda med projektet. En del hade berättat om projektet för andra kvinnor och rekommenderat det. Att endast kvinnor deltog upplevdes av många som någonting positivt, eftersom man då kunde känna sig fri i att uttrycka sig. Andra beskrev att de hellre hade önskat att män också deltog.

Vissa önskade att all undervisning var på svenska så att man fick träna mer på att tala svenska, medan andra ville att undervisningen i högre utsträckning skulle vara på modersmålet, så att man lättare skulle kunna ta till sig innehållet i kurserna. Personer som haft språksvårigheter tyckte inte att de alltid fått hjälp med att kunna förstå det som sades i undervisningen. De ville ha mer språkträning. Vissa tyckte det var svårt att läsa texten som använts i undervisningen för studiecirkeln i hälsa då texten var översatt på "fel dialekt".

I fokusgrupperna uttryckte många att undervisningen gavs i lagom takt, men det framkom också att några tyckte att tempot var för långsamt, t.ex. i dataundervisningen. Lärarna var bra menade man, men man var kritisk mot att vissa lärare fått sluta. Deltagarna förmedlade att man lärt sig mer om samhällskunskap, eller fått information om hur olika delar i samhället fungerar, t.ex. myndigheter. Externa föreläsare t.ex. från polisen eller besök av psykolog uppskattades. Man hade lärt sig om kvinnors rättigheter. Datakursen var man i helhet mycket nöjd med.

Vissa uppskattade kursen i hur man sökte arbete, men det framkom att många tyckte att innehållet var för teoretiskt, att man behövde mer praktisk hjälp t.ex. i hur man skriver ett cv. Att besöka arbetsplatser var ett annat önskemål. Personerna i startgrupp tre verkade emellertid mer nöjda med kursen.

"T.ex. ett exempel är att man skriver sitt cv. Det är möjligt att jag kan klara om jag kollar men det här är mycket. Jag har fått mycket teoretisk undervisning. Inte hur man gör när man skickar iväg det. Det har vi inte lärt oss alls".

"Det är egentligen så här att ingen härifrån har skickat iväg sin cv själv eller hittat jobb på egen hand".

"När det pratas om städning t.ex. så tycker jag att det verkar vara ett tungt arbete, men om jag är på plats och ser det så kan det kännas lättare."

Att ha lärt sig mer om kost och motion i studiecirkeln för hälsa var någonting man kände sig nöjd med. Några formulerade att man ville lära sig mer om hur man kan hantera mental hälsa, t.ex. via stresshantering. Upprepade gånger formulerade

man att man önskar en cykelkurs, simskola eller att man får lära sig ta körkort. Man menade att man inte hade råd med motionsträning och man önskade träning i grupp via projektet. Att man anpassade dataundervisningen till deltagares förkunskaper var ett annat önskemål bland dem som redan hade datavana. Ytterligare ansågs yrkesutbildning via projektet och arbetsförmedling antogs öka chanserna till arbete.

”Jag föreslår att det ska finnas ett samarbete mellan här och kommun och arbetsförmedlingen att man får en yrkesutbildning så att man tillslut får ett jobb som det är brist på. Då kan man gå till jobb härifrån.”

Vissa uttryckte att de varit för mycket undervisning i ämnen relaterade till sex- och samlevnad, medan andra hade uppskattat det. De som var kritiska verkade tycka att ämnet var genant och man var kritisk till att det var obligatoriska närvaron i samband med den undervisningen. Att vissa deltagare var sena till undervisningen tyckte man också påverkade undervisningen negativt, speciellt om man börjat diskutera ett ämne som vissa uppfattade som ”känsligt”. Några var kritiska till att man i studiecirkeln för hälsa inte alltid diskuterat temat för dagen, utan att diskussionerna ”flöt iväg”.

”Så blev det hos oss också. Det blev mer samtal om ens privata liv. Det är därför ingen disciplin.”

Kommunikation och bemötande

Många deltagare berättade att de upplevde att bemötandet från personalen var bra och att stämningen var god. Ett bra bemötande gav bättre självförtroende.

”Man kommer från de länderna p.g.a. problem, vi har ju krig och har varit utsatt för våld. Det som händer där. Så kommer vi hit till det här stället så har vi känt att glömde vi bort allt det där. Vi har lagt det bakom oss och vi lär oss nytt och är motiverade här i projektet. Och de som jobbar här har hjälpt oss med allt. Vi kan känna att de gör allt för oss och att vi ger allt i gengäld och att vi känner oss som en enda familj här”.

”Det är det stödet man får när man stödjer dig psykiskt och med allting. Då får du mer självförtroende”.

Några uttryckte att de hade blivit lovade att personal i projektet skulle kontakta arbetsgivaren men det hade inte blivit gjort. Man ville själv inte själv tala med arbetsgivaren då man uppfattat att det var viktigt att personal i projektet skötte den kontakten.

”Det var egentligen bestämt att de ska ta kontakt med var och ens chef och prata med det dragit ut på tiden. Vi ringer men hittade inte dem...Vi var väldigt

tacksamma för att det här projektet har gjort allt för oss. Vi tänker vi väntar så får vi se hur det blir”.

”Jag kan inte prata direkt med dem det är min handläggare som måste ta kontakt med dem. Då har det varit så här att några gånger när hon ringde så var de upptagna och sen när de ringde så var hon upptagen, så det har inte gått”.

4. Diskussion

Sysselsättning, försörjning och delaktighet i samhället

Projekt Athena har resulterat i att nästan hälften (46 %) av deltagarna kommit ut i någon form av anställning¹⁷ och i att fyra av fem (79 %) deltagare påbörjat någon form av arbetsmarknadsinsats. Det har lett till att ungefär hälften (52 %) av deltagarna under projekttiden fått minskat försörjningsstöd/blivit egenförsörjande. Projektets mål att hitta alternativa vägar till försörjning för kvinnor med utländsk bakgrund har på så sätt uppfyllts¹⁸.

I fokusgrupperna uttryckte många att de var nöjda med att man under projektets gång fick sin försörjning på annat sätt än enbart via försörjningsstöd (socialbidrag)¹⁹. Då de flesta fick tidsbegränsade anställningar på cirka ett år i form av välfärdsjobb är det osäkert om det minskade bidragsberoendet kommer att kvarstå på längre sikt. Av dem som haft en välfärdsanställning fick 12 procent en fortsatt anställning.

Generellt uttryckte de som inte fått någon form av arbete att de var missnöjda med det och att deras förväntningar med projektet inte hade uppfyllts. De som fått ett arbete var däremot nöjda. Man kände en glädje inför att ha fått ett arbete, var stimulerad av att arbeta och man hade mer tillit till sin egen förmåga. Några uttryckte att de fått en arbetserfarenhet. Den viktigaste förändringen som man ville göra i framtiden för att påverka sin hälsa var att få ett "riktigt arbete". Däremot handlade ett återkommande samtalsämne i fokusgrupperna om att man var missnöjd med att "anställningar" var tidsbegränsade. Deltagare tyckte att tidsbegränsningen i arbetet påverkade hälsan negativt och de var oroliga för kommande arbetslöshet. En del tvivlade på att arbetserfarenheten skulle ge dem ökade möjligheter att få ett annat arbete.

Resultaten tyder ändå på att många deltagare har tagit steg närmare arbetsmarknaden, då majoriteten av deltagarna angett att de har förbättrat sin svenska, att de har blivit mer motiverade att söka arbete, att de har lärt sig saker i Athena som kan vara till nytta för att få ett arbete och att de bedömer att deltagandet i projektet i helhet ökat möjligheten att få ett arbete. Andra tecken på att deltagarna är mer rustade för arbetslivet är att de blivit mindre socialt

¹⁷ Med anställning menas välfärdsanställning, anställning utan stöd, enbart nystartsjobb eller timanställning, för beskrivningar se bilaga 3.

¹⁸ Projektets delmål: att 60 % av deltagarna skulle vara igång i arbetsrehabilitering/arbetsmarknadsinsats och att 40 % skulle vara i egen försörjning under projektets gång.

¹⁹ De som deltog i en arbetsrehabiliterande insats eller i praktik på en arbetsplats får ofta en kombination av försörjningsstöd från kommunen och aktivitetsstöd från Försäkringskassan.

isolerade, fått fler sociala kontakter, blivit mer delaktiga i samhället och fått bättre självförtroende. Många uttryckte att de känner sig delaktiga i samhället då man hade ett arbete och att man via insatserna lärt sig om hur samhället fungerar.

Hälsa

Att majoriteten av deltagarna förbättrat sin hälsa kan också ses som att deltagarna närmat sig arbetsmarknaden. En ökad hälsa är ett viktigt steg för att kunna närma sig arbetsmarknaden, eftersom ohälsa kan minska människors motivation och möjlighet att söka och få ett arbete (16).

Projekt Athena har lett till en ökad **generell självskattad hälsa** hos deltagarna, föga förvånande eftersom arbete och sysselsättning ses främja hälsa (5). Generell självskattad hälsa är ett sammanvägt mått för både psykisk och fysisk hälsa och har kunnat relateras till framtida sjukdom och dödlighet, vilket gör det till en användbar indikator på hälsa hos individer. Deltagarnas förbättrade **allmänna psykiska välmående** kvarstod emellertid inte i slutet av projektet. En förklaring kan vara av att många då börjat oroa sig för vad som ska hända när det är slut, vilket man diskuterade i många av fokusgrupperna vid den tredje uppföljningen.

Utifrån resultat från fokusgrupperna tycktes ändå den psykiska hälsan ha ökat i stort. I många grupper samtalande deltagarna om att symptom på depression och nedstämdhet hade minskat och att den förbättrade hälsan hade att göra med att man hade ett arbete, eller att man var sysselsatt. Aktivitet upplevde man främjar hälsa. Hälsan blir bättre av att man hade tider att passa eller ett schema för dagen, jämfört med att vara hemma långa stunder på dagen och då känna sig isolerad. Arbete kunde också ta bort fokus från värk och smärta menade många. Däremot uttryckte många en oro för kommande arbetslöshet och man tyckte att den färgade av sig på övriga livet. Det kunde t.ex. vara svårt att fokusera på att förändra levnadsvanor då man var upptagen med att tänka på hur man skulle kunna få ett nytt arbete. Det kan ge ett stöd för att den psykiska hälsan påverkades negativt i samband med att insatserna upphörde.

I helhet verkar **självförtroendet** ha ökat hos deltagarna. I fokusgrupperna nämndes ofta att man fått ett bättre självförtroende/självkänsla av att delta i projektet och speciellt då man arbetat. Deltagarna gav uttryck för att de hade en bättre tro på sin egen förmåga och kände sig säkrare i sociala situationer. Många menade att de övat på att "ta plats" i sociala situationer och att man vågat använda sig mer av sin svenska. Det framkom också att deltagarna kände sig mer bekräftade än tidigare. Personalen verkar ha sett till deltagarnas hela livssituation, man kände sig sedd och respekterad. Det är troligtvis en viktig framgångsfaktor för projektets resultat. Däremot kunde inga signifikanta skillnader observeras för skalan i enkäten som mäter **self-efficacy** (tron på den egna förmågan). Det kan bero på att

self-efficacy är ett mer specifikt mått som fokuserar på problemlösning och att självkänsla och självförtroende innefattar betydligt mer än så.

Hälsorelaterade beteenden

En mindre förändring kan ses när det gäller de **hälsorelaterade vanorna** mat och motion. Mängden fysisk aktivitet förändrades inte över tid, troligtvis för att den fysiska aktiviteten var relativt god redan vid start (80 % var fysiskt aktiva 1-3 timmar/vecka eller mer). Ett negativt resultat var att en mindre andel angav att de rörde på sig tre gånger i veckan efter ett år jämfört med vid start. En del deltagare upplevde att de fått svårare att hinna med träning sedan de fått arbete. Det relativa höga frukt- och grönsaksintaget som deltagarna hade vid start förändrades inte under projektets gång. Däremot var det en något större andel som sa sig äta hälsosamt efter tre månader, något som delvis kan förklaras av att många deltagare blivit mer uppmärksamma på fett och socker. I fokusgrupperna uttryckte många att de lärt sig mer om innehållet i olika typer av mat och att de hade minskat på intaget av fett och socker. Många sa att de hade en hel del kunskap om mat och motion sedan tidigare men att de i samban med studiecirkeln i hälsa ökat sin motivation för att förändra sina hälsovanor. Fler hade t.ex. börjat promenera. Vissa hade fortsatt svårt att förändra sina vanor p.g.a. tidsbrist då de arbetade eller för att de hade värk.

Hälsolitteracitet

En stor förändring har skett när det gäller deltagarnas komplexa hälsolitteracitet (förmåga att få tag på, förstå, värdera och använda sig av hälsoinformation). Från att nästan hälften hade bristande hälsolitteracitet vid start, var det enbart en tiondel som hade bristande komplex hälsolitteracitet efter tre månader. Det innebär att deltagarna blivit bättre rustade att ta ansvar för sin egen och andras hälsa. Det kan i sin tur minska risken för ohälsa i framtiden. Det är en viktig aspekt med tanke på att utlandsfödda kvinnor i allmänhet är sjukskrivna oftare än både utlandsfödda män och personer födda i Sverige (17). Hälsolitteracitet har visat sig gå fortare att påverka än hälsobeteenden och hälsostatus (18). En ökad hälsolitteracitet har också visat sig påverka hälsorelaterade beteenden och hälsostatus positivt. Den ökade hälsolitteraciteten skulle därför kunna leda till ytterligare hälsorelaterade förbättringar hos deltagarna i framtiden.

Att den mindre omfattande dimensionen av hälsolitteracitet, den **funktionella hälsolitteraciteten** (förmågan att läsa och förstå skriftlig hälsoinformation) inte förändrades över tid är inte helt förvånande. Studiecirkeln i hälsa har i första hand genomförts på modersmål och språkträning i svenska var begränsad. För att förbättra sin funktionella hälsolitteracitet behövs troligtvis mer specifik träning i det svenska språket med inriktning på ord och begrepp relaterade till hälsa.

I studiecirkelarna i hälsa har deltagarna fått information om hälsa, kommunicerat samt använts information om hälsa. På datakursen har de fått lära sig hitta information på Internet och på samhällsorienteringen/språkträningen har de lärt sig om hur det svenska samhället fungerar. Det innebär att deltagarna kan ha lärt sig förmågor som behövs för att bibehålla och förbättra hälsan (komplex hälsolitteracitet), även om de inte har fått förbättrad läsförmåga (funktionell hälsolitteracitet).

Spridningseffekter

Förutom att deltagarna i projektet påverkats av projekt Athena, har också deltagarnas vänner och familjemedlemmar påverkats positivt. Majoriteten av deltagarna har delat med sig av sina nya hälsokunskaper, vilket lett till att nästan varannan deltagare påverkat någon person i sin närhet till att förändra något i syfte att förbättra hälsan. I fokusgrupperna berättade några att de rekommenderat projektet för andra kvinnor. Deltagare har också berättat att de ändrat familjens matvanor och att barnen blivit gladare sedan de börjat i projektet. Man uttryckte att föräldrarollen hade påverkats positivt av att man fått ett arbete, att man kunde känna sig stolt inför barnen och att det var viktigt att man kunde försörja barnen på ett annat sätt än via försörjningsstöd. Projektets delmål att öka hälsan och hälsorelaterade beteenden hos deltagarna och deras familjer har på så sätt uppnåtts i stort.

Genomförandet av insatserna

I helhet uppskattade deltagarna insatserna i projektet. Som tidigare nämnts betonades att man fått ett bra bemötande från personalen i projektet och att man känt sig sedd och bekräftad. I stort var deltagarna nöjda med insatserna från lärarna. Studiecirkeln i hälsa och datakursen lyftes fram som extra bra insatser, men man tyckte att alla insatser hade varit viktiga. Man uppskattade besök av externa föreläsare, eftersom man lärt sig mer om hur samhället fungerar.

Det fanns även delar i projektet som man var mindre nöjda med.

”Jobsökaraktiviteten” innehöll för lite praktiska moment uttryckte man, även om senare startgrupper verkade vara mer nöjda med den insatsen. Att lära sig skriva CV m.m. har varit uppskattat men man hade också velat träna mer på att själv skicka iväg ansökningar och på att ta kontakt med arbetsgivare. Under projekttiden sköttes de delarna till stor utsträckning av personalen i Athena. Det sätt som personal lotsat deltagare på kan ha varit positivt och negativt. Det ha bidragit till att så många fått praktik och arbete men också att deltagarna inte blivit tillräckligt rustade för att själva klara alla moment när det gäller att söka arbete.

Alla deltagare förstod inte vad som sades i samband med gemensamma aktiviteter på svenska. En del hade problem att förstå det översatta studiecirkelmaterialet, vilket enligt deltagare berodde på att det var översatt till en annan dialekt än deras egen. Frågan är om det är hela förklaringen. Enligt de som granskat översättningarna ska de vara korrekta och dessutom är det ovanligt att skriftlig text skiljer sig åt inom språk, även om det låter något olika i tal. Anledningen till att en del hade svårt att förstå kan vara att texterna i studiecirkelmaterialet i vissa fall varit på för hög akademisk nivå, vilket gör att deltagarnas begränsade läs- och skrivförmågor inte riktigt räckt till. Att inte behärska sitt modersmål skriftligt fullt ut kan vara något som man inte gärna erkänner (19).

När det gäller innehållet i studiecirkeln var en del missnöjda med temat sex- och samlevnad. Då det uppfattades som ett känsligt ämne tyckte vissa att det inte borde vara obligatoriskt att ta del av den undervisningen. Men det var också många som uppskattade ämnet. En del tyckte också att sen ankomst till grupperna gjorde det svårt att hålla fokus, liksom att samtalsämnen ibland flöt i väg och handlade om privata angelägenheter.

Deltagarna tyckte inte alltid att kommunikationen mellan personal och arbetsgivare fungerade så som de önskade. Man menade att det tog för lång tid innan personalen i Athena kom in kontakt med arbetsgivare, t.ex. i samband med diskussion om fortsatt anställning.

5. Utvärderingens styrkor och svagheter

Alla deltagare i projektet deltog inte i utvärderingen. Svarsfrekvensen var 72 % vid enkät 1, 67 % vid enkät 2 och 59 % vid enkät 3. Från enkät 3 används endast svar från två av de totalt fyra startgrupperna. Bortfallet kan främst förklaras av att deltagare slutat i Athena, varit sjuka eller fått arbete. Tillsammans med att det är relativt få som deltagit i projektet i stort och att endast 85 % av dessa deltog i utvärderingen är generaliserbarheten av resultatet från enkätundersökningen något begränsad.

Då enbart 14 deltagare svarade på samtliga enkäter var det inte meningsfullt att analysera förändring av olika variabler (arbete, hälsa etc.) på individnivå. I stället har resultaten analyserats på gruppnivå vilket bedöms ge en tillräckligt bra bild av förändring över tid.

En annan svaghet är att en fråga i indexet för psykisk välbefinnande föll bort i samband med översättning. Det innebär att sannolikheten för att deltagarna fick tre poäng eller mer (vilket är brytpunkten för psykiskt nedsatt välbefinnande mätt med GHQ 12) var något lägre jämfört med om samtliga frågor kommit med. Det vill säga resultat för andelen med psykiskt nedsatt välbefinnande kan vara något underskattat. Förändring i psykiskt välbefinnande i stort bör dock inte ha påverkats nämnvärt av att en fråga saknades.

En stor utmaning med utvärderingen har varit kommunikationen med deltagarna. Många hade begränsade kunskaper i svenska och i vissa hade också begränsad läsförmåga i sitt modersmål. Att använda översatta enkäter och tolkar var inte helt okomplicerat då deltagarna talade olika dialekter. Dessutom var det inte alla som ville ha hjälp av tolk. Det kan ha lett till att inte alla förstod samtliga frågor, vilket kan minska resultatens trovärdighet.

Trots en del svårigheter och begränsningar med utvärderingen är bedömningen att resultaten ändå kan ses som trovärdiga, eftersom de bygger på en sammanvägning av data från både enkäter och fokusgrupper.

6. Slutsats och rekommendationer

Resultaten visar att projekt Athena kan ha gjort att långtidsarbetslösa kvinnor med utländsk bakgrund har kommit närmare arbetsmarknaden. Drygt hälften (52 %) har blivit mindre beroende av försörjningsstöd och fyra av fem (79 %) har påbörjat någon form av arbetsmarknadsinsats. Majoriteten av deltagarna upplever att de blivit mer motiverade att söka arbete, att de lärt sig saker som kan vara till nytta för att få ett arbete, att deras svenska blivit bättre och att deltagandet i projektet ökat möjligheten för dem att få ett arbete. Andra indikatorer, som visar att deltagare tagit sig närmare arbetsmarknaden är att deltagarna fått ökad arbetslivserfarenhet, blivit mer delaktiga i samhället, ökat sina sociala förmågor och fått fler sociala kontakter.

Deltagarnas generella självskattade hälsa har ökat, likaså deltagarnas komplexa hälsolitteracitet²⁰. Det psykiska välmående förbättrades under den första tiden i projektet men effekten kvarstod inte efter ett år. I slutet av projektet uttryckte deltagarna en oro för sysselsättning i framtiden. I stort tycktes ändå många faktorer som har med den psykiska hälsan ha förbättrats. Deltagare uttryckte att de kände sig mindre deprimerade och att de fått bättre självkänsla/självförtroende. Dessutom fokuserade deltagare mindre på smärta och värk då de fått något att sysselsätta sig med och genom att de träffade andra deltagare.

Deltagarna har fått större kunskap om kost och motion och gjort en del beteendeförändringar, t.ex. minskat mängden fett och socker i kosten och börjat promenera mer. Ett år efter start var det dock färre som var fysiskt aktiva tre gånger i veckan jämfört med vid start. Det var svårt för många att hinna motionera då de fått arbete. Vänner/familjemedlemmar till cirka hälften av deltagarna tycks ha gjort någon förändring med syfte att förbättra hälsan.

Vad gäller insatserna i projektet i stort var deltagarna nöjda. När det gäller utfallet ser det något annorlunda ut. Deltagare som inte fått arbete var besvikna och många som fått arbete var missnöjda med att det fått en tidsbegränsad anställning. Att ha den bredd av aktiviteter och insatser samt ett nära samarbete mellan kommunen och Arbetsförmedlingen tycks ha varit framgångsrikt och är i linje med resultat från andra liknande arbetsmarknadsprojekt (16).

²⁰ Förmåga att förvärva, förstå, värdera och använda hälsoinformation för att bibehålla och förbättra hälsan.

En förklaring till positiva resultaten kan vara att man i projektet använt aktiviteter i grupp kombinerat med individuella aktiviteter. Gruppdynamik som inneburit att deltagarna stöttat och lärt sig av varandra kan också ha haft en inverkan. Ytterligare en framgångsfaktor kan ha varit det positiva bemötande som deltagarna upplevt från personalen.

Den sammanvägda bedömningen är att projekt Athena är ett framgångsrikt projekt, då många långtidsarbetslösa utlandsfödda kvinnor har tagit olika steg närmare arbetsmarknaden. Frågan är ändå vad som händer med deltagarna på lång sikt, när de tidsbegränsade anställningarna och projektet tar slut. Många deltagare fick en arbetsmarknadsinsats eller ett arbete relativt fort vilket innebar att vissa deltog i de gemensamma aktiviteterna under en kort tid. Dessutom startade inte alla samtidigt vilket gjorde att projektet bara pågick i ett halvår för vissa. Deltagarna behöver ta "många steg" och det kan ta olika lång tid. Man har kanske inte hunnit bli tillräckligt rustad och redo för att själv kunna söka arbete under tiden i projektet. För att alla ska få samma möjlighet att få de resurser som behövs i arbetslivet och för att bli helt egenförsörjande bör metoden implementeras i ordinarie verksamheter. För att minska antalet långtidsarbetslösa utlandsfödda kvinnor i stort krävs ett långsiktigt kontinuerligt arbete.

7. Referenser

1. Statistiska centralbyrån. Demografiska rapporter 2001:2: SCB2012.
2. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen2009.
3. Olli Segendorf Å, Teljosuo T. Sysselsättning för invandrare - en ESO rapport om arbetsmarknadsintegration., Finansdepartementet;2011. Report No.: 2011:5.
4. CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva2008.
5. Marmot M, Wilkinson RG, editors. Social determinants of health. Oxford: Oxford University Press; 2006.
6. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. J Clin Epidemiol. 1993Dec;46(12):1417-32.
7. Folkhälsomyndigheten. Syfte och bakgrund till frågorna i nationella folkhälsoenkäten - Hälsa på lika villkor. Stockholm2014.
8. McDowell I. Measuring health : a guide to rating scales and questionnaires. 3. ed. New York: Oxford University Press; 2006.
9. Schwarzer R, Jerusalem M. Generalized Self-Efficacy scale. . In: Weinmann J, Wright S, Johnston M, editors. Measures in health psychology: A user's portfolio Casual and control beliefs Windsor, Uk: NFER-NELSON; 1995. p. 35-7.
10. Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS. Understanding health literacy: an expanded model. Health Promot Int. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. 2005 Jun;20(2):195-203.
11. World Health Organization (WHO). Health Literacy - the solid facts. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013.
12. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int. 2000 September 1, 2000;15(3):259-67.

13. Wångdahl JM, Mårtensson LI. Measuring health literacy - the Swedish Functional Health Literacy scale. *Scand J Caring Sci.* 2014 Mar 17.
14. Röthlin F, Pelikan JM, Ganahl K. Die Gesundheitskompetenz der 15-jährigen Jugendlichen in Österreich. Abschlussbericht der österreichischen Gesundheitskompetenz Jugendstudie im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSV). Wien: Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research.2013.
15. Wahlgren L. SPSS steg för steg. Lund: Studentlitteratur; 2012.
16. Länsstyreslen Stockholm Rapport 2014:4. Välkommen in? Utrikes födda kvinnor på den svenska arbetsmarknaden och som företagare. Stockholm2024.
17. SOU 2012:69. Med rätt att delta - Nyanlända kvinnor och anhörginvandrare på arbetsmarknaden. Stockholm 2012.
18. Nutbeam D, Bauman A. Evaluation in a nutshell : a practical guide to the evaluation of health promotion programs. North Ryde, NSW: McGraw-Hill; 2006.
19. Easton P, Entwistle VA, Williams B. How the stigma of low literacy can impair patient-professional spoken interactions and affect health: insights from a qualitative investigation. *BMC Health Serv Res.* [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2013;13:319.

Bilagor

Projekt Athenas mål och delmål

Övergripande mål:

- att hitta effektiva samverkansformer och metoder för att arbeta med målgruppen kvinnor med utländsk bakgrund

Mål:

- att hitta alternativa vägar till försörjning för kvinnor med utländsk bakgrund
- att hitta sätt för kvinnor med utländsk bakgrund att bryta patriarkala mönster
- att öka hälsan och hälsorelaterade beteenden hos kvinnor med utländsk bakgrund och deras familjer

Delmål:

- 80 % av deltagarna upplever högre livskvalitet, högre självkänsla och ökat förtroende
- 80 % av deltagarna har deltagit i studiecirkelarna i hälsa
- 50 % av männen till deltagarna har deltagit i studiecirkelarna i hälsa
- 60 % av deltagarna är igång i en arbetsrehabiliteringsprocess/arbetsmarknadsinsats, dvs. arbetsträning, arbetsförmågebedömning, anpassade studier m.m.
- 40 % av deltagarna har kommit ut i egen försörjning genom arbete eller studier
- 100 % av deltagarna har ökat sin kunskap och medvetenhet om jämställdhet

Beskrivningar av aktiviteter i Athena²¹

Alla deltagare erbjöds delta i de allmänna aktiviteterna. Det var dock en del frånvaro på grund av sjukdom, praktik, jobb och arbetsmarknadsutbildning till och från. Överenskommelsen mellan deltagarna och projektet var att jobb går före övriga aktiviteter. Deltagarna erbjöds delta i respektive aktivitet ca tre timmar en gång i veckan. För att undvika för stora grupper och för att lyckas få till individuella scheman gick deltagarna i olika grupper vilka bestod av 10-12 personer. När det gäller de individuella aktiviteterna deltog inte alla i dem och vilken omfattning och under hur lång tid deltagarna deltog i dem varierade.

Gruppaktiviteter

Datakurs

De som deltog i data erbjöds dataundervisning tre timmar i veckan. Deltagarna fick en introduktion i Microsoft Word, Microsoft PowerPoint och Microsoft Excel samt internetsökning ur ett samhällsperspektiv. Mål med dataundervisningen var att deltagarna ska känna sig bekväma med att använda datorn samt att de ska lära sig få tillgång till den nödvändiga samhällsinformation de behöver för att känna sig mer inkluderade i samhället.

Föreläsningar

Ett flertal föreläsningar med inbjudna aktörer från olika verksamheter genomfördes under projekttiden. Aktörer/verksamheter som medverkat i föreläsningar är Stresskolan via mottagningen för transkulturell psykiatri i Uppsala, Polisen i Uppsala, barnmorska och sjukgymnast från Cosmos²², Bostadsmyndigheten, Räddningstjänsten, Konsument Uppsala, Skuld- och budgetrådgivning, Försäkringskassan och Projektet Jämställdhet i Uppsala kommun.

Jobsökaraktivitet

Samtliga deltagare i projektet har haft tre timmars lärarledd jobsökaraktivitet i veckan, därutöver fått hemläxor med arbetsuppgifter. En stående punkt varje vecka har varit att gå in på Arbetsförmedlingens hemsida, vara uppdaterad på nyanmälda lediga jobb, söka aktuella arbeten samt att lämna intresseanmälan till för dem intressanta arbetsgivare. Under de olika passen har grupperna jobbat med att söka arbete och arbetsmaterialet har främst varit Arbetsförmedlingens hemsida och dess information. Deltagarna har fått lära sig att "läsa" annonser och tränat på vad som sker under en anställningsintervju. De har också fått information om olika yrken (bl.a. genom se på yrkesfilmer från arbetsförmedlingens hemsida) om fackföreningar och deras roll på arbetsmarknaden, om olika lagar som styr arbetsmarknaden samt om nyheter från Arbetsförmedlingen. Därutöver har deltagarna samtalet kring varför det är viktigt att bygga upp ett kontaktnät, diskuterat vikten av att ha kännedom om sina starka och svaga sidor och av att vara medveten om sitt kroppsspråk samt varför det kan vara bra att bli medlem i A-

²¹ Beskrivningar av aktiviteterna framtagna tillsammans med personal i projekt Athena.

²² Medicinsk enhet som ansvarar för hälsoundersökningar för asylsökande i Uppsala län.

kassan när man börjar arbeta. De flesta deltagarna har under projekttiden skrivit ett personligt brev och har nu uppdaterade meritförteckning/CV.

Samhällsorientering och språkträning

Fokus för samhällsorienteringen var på Sveriges demokratiska utveckling, hur demokratin praktiskt fungerar i skolan, hemmen och på arbetsplatserna. Kvinnorna har fått i hemuppgift att läsa om det aktuella ämnet dels på sitt hemspråk, dels på svenska. "Boken om Sverige" användes som basdokument för samhällsorienteringen. Därutöver använder flera olika metoder för att öka kunskap och stimulera dialog i grupperna. Deltagarna har lyssnat på radioprogram t.ex. "Barnen" för samtal om barns mänskliga rättigheter och "Klartext" för aktuell information om vad som händer i världen. De har också tittat på tv-program t.ex. avsnitt av Skärgårdsdoktorn för att stimulera eget tittande på svenska TV-serier och "Nyfiken på" för information om valrörelsen i Sverige. För att främja dialog med fokus på att behandla alla individer lika såg deltagarna Änglagård och Så som i himmelen. I samband med Sveriges historia gjordes studiebesök i Uppsala Domkyrka, Skansen och Disagården i Uppsala. I samband med dialog om hedersrelaterat våld, mäns våld mot kvinnor och jämställdhetsdialoger, fick grupperna besök av en kvinnlig polis. Inför respektive pass förbereddes deltagarna genom att centrala ord och uttryck i det svenska språket förklarades, genom gemensam läsning av 8-10 frågor/program eller filmavsnitt. Efter respektive pass fick deltagarna svara på frågorna. Genomgående har svenska förhållanden, seder och bruk värderats och i viss mån jämförts med hur det är i hemlandet. Språkträningen har, med ovanstående områden som bas, varit helt inriktad på att *prata, lyssna* och *göra sig förstådd* på svenska.

Studiecirklar i hälsa "Hälsa för alla"

Målet med studiecirkeln har varit att skapa ett forum där vi kan lyssna på information och ha samtal kring olika faktorer som kan påverka ens hälsa och inspirera till nya idéer för att få en mer harmonisk och hälsosam livsstil. För att skapa bättre förståelse och öka möjligheten till en dynamisk dialog hölls cirkelarna på olika språk: lätt svenska, persiska/dari, arabiska och lätt arabiska, sorani eller sydkurdiska, somaliska, turkiska. Skriftligt materialet kunde även fås på engelska. Studiecirkelarna bestod av 12 temaområden: Mat, Motion, Tobak, alkohol, droger och spelberoende, Livsstilsförändringar, Sexuell hälsa, Allergi, Tandhälsa, Psykisk hälsa, Stress, Sömn, Sorg, Vård och läkemedel. Materialet är framtaget av Uppsala Universitet i samarbete med experter inom de olika områdena²³. Utöver dialoger och olika praktiska övningar utifrån temaområden fick deltagarna ta del av utställningen "dolt fett och socker i vår vardag", delta i gemensamma promenader och andra fysiska aktiviteter bekostade genom aktivitetsstöd från Uppsala kommun. Vidare genomfördes studiebesök på vanliga livsmedelsbutiker för få bättre kunskaper om livsmedelsinnehåll, kvalitet, nyckelhållsmärkning och ursprung samt för att lära sig planerade köp och hur man undviker impulsköp. En workshop genomfördes också i vilken deltagarna fick

²³ För mer information om Hälsa för alla, kontakta Achraf Daryani vid Uppsala Universitet (achraf.daryani@pubcare.uu.se)

komponera olika måltider genom ett speciellt pedagogisk instrument vilket visade hur mycket energi/näring olika sorters mat innehåller.

En förutsättning för studiecirkeln var att deltagarna själva arbetade med materialet fyra timmar i veckan. Utbildningsnivån i respektive grupp har varit mycket varierande, vilket var en utmaning för studiecirkelledarna att hålla en nivå som vara anpassad till alla. Män i de deltagande kvinnornas familj eller hushåll erbjöds också delta i en egen studiecirkel i hälsa. Allt för få var dock intresserade för att cirklar skulle kunna starta.

Studiebesök

Ett flertal studiebesök har genomförts under projekttiden: Centrum för vuxnas lärande²⁴, Stadsbiblioteket, Uppsala domkyrka, Disagården, Skansen, Jobbmässa på Arbetsförmedlingen, Livsmedelsaffärer.

Individuella aktiviteter

Arbetsförmågebedömning

En fördjupad kartläggning och vägledning som vänder sig till arbetssökande som är oklara över sina egna förutsättningar och möjligheter samt på de krav som ställs av arbetsmarknaden, och som Arbetsförmedlingen bedömer ha särskilt behov av stöd. Insatsen innebär att Arbetsförmedlare har ett samtal med arbetssökande, psykolog och sjukgymnast om arbetssökandes olika förmågor. Utifrån samtalet träffar arbetstagande sedan psykolog och/eller sjukgymnast för samtal och/eller tester. Därefter kan den arbetstagande få pröva att utföra olika moment som kan förekomma på ett arbete, både för att se om momenten är möjliga att utföra och för att se i vilken utsträckning de kan utföras. I stället för att den arbetssökande testar momenten på en "riktig arbetsplats" går de till en speciell verksamhet som är mer skyddad. Exempel på en sådan verksamhet i Uppsala är Iris Hadar. En arbetsförmågebedömning kan pågå som längst i 12 veckor och under tiden kan den sökande få aktivitetsstöd.

Arbetsmarknadsutbildning

En arbetsmarknadsutbildning är en yrkesinriktad kurs som Arbetsförmedlingen beställer av exempelvis ett utbildningsföretag eller en kommunal uppdragsverksamhet. Vilka arbetsmarknadsutbildningar som är aktuella beror på hur arbetsmarknaden ser ut. Under senare tid har de flesta utbildningarna varit inom tillverkningsindustrin, vård och omsorg samt transport. Arbetsförmedlingen bedömer vilka förutsättningar en person har att få ett arbete. De utgår från den sökandes erfarenheter och det yrkesområde denne söker arbete inom, men tar även hänsyn till den konjunktur som råder. Arbetsmarknadsutbildning ska erbjudas arbetssökande med störst behov, det vill säga långtidsarbetslösa och de som riskerar långtidsarbetslöshet. Under tiden i arbetsmarknadsutbildning får deltagaren aktivitetsstöd som betalas ut av försäkringskassan. En arbetsmarknadsutbildning pågår vanligtvis i upp till sex månader men kan pågå längre utbildning om det behövs för att personen ska uppfylla sitt

²⁴ Erbjud även deltagarna individuella samtal om olika utbildningar med studievägledare.

utbildningsmål. I projektet har några deltagare som uppfyller de kriterier som krävs för att beviljas utbildningen, visat intresse att delta i någon sådan.

Arbetspsykologisk utredning²⁵

Den arbetspsykologiska utredningen börjar med att du efter överenskommelse med din arbetsförmedlare träffar Arbetsförmedlingens psykolog. I det inledande samtalet på Arbetsförmedlingen diskuterar ni din nuvarande situation och vad den arbetspsykologiska utredningen ska leda fram till. Tillsammans lägger ni upp fortsättningen av utredningen. Den kan komma att innehålla ytterligare samtal, tester och frågeformulär. Utredningen avslutas med att du träffar psykologen för ett eller flera sammanfattande samtal. Den arbetspsykologiska utredningen syftar till att ge dig en säkrare uppfattning om dig själv, en klarare överblick över dina intressen, förutsättningar och möjligheter. En arbetspsykologisk utredning löser inte alla frågor, men den kan bidra till att du själv får lättare att bestämma dig. Den ger ett bättre underlag för dina beslut.

Arbetsträning

I Athena beviljades arbetsträning främst för personer med medicinska hinder. Dels dokumenterade sådana, dels hinder som deltagare själva upplevt som fysiskt och/eller psykiskt begränsande. Om man under en arbetsträning avbryter en planering ger det ett värdefullt svar på en persons eventuella hinder. Arbetsträning inom projektet har skett på "vanliga" arbetsplatser. Respektive arbetsgivare informerades om eventuella hinder och arbets-/tjänstgöringsgraden kunde starta med en timme/dag för en person och ha som mål att personen efter ett visst antal veckor skulle ha kommit upp i 50, 75 eller 100 % arbetstid. Tillrättalagda arbetsuppgifter har/kan också ha ingått. När Arbetsförmedlingen beviljat arbetsträning har deltagaren fått aktivitetsstöd som betalas ut av försäkringskassan. Oftast har även komplettering från försörjningsstöd utgått. Om Uppsala kommun har beviljat praktik har deltagaren fått fortsatt försörjningsstöd.

Praktik på arbetsplats

Inom Athena har beviljades praktik bl.a. inför en eventuell anställning. Deltagare och/eller arbetsgivaren fick då båda efter en periods praktik, vanligtvis 2-8 veckor, möjlighet att göra en bedömning om deltagarens lämplighet inför eventuell anställning. Praktik har även beviljats inför kartläggning av deltagares yrkesbakgrund, deras erfarenheter och önskemål om framtidsyrke. Att vara ute på praktik har visat sig vara ett bra sätt att stärka deltagarnas möjlighet att få ett arbete, visa upp eventuell kompetens om de saknar eller har liten erfarenhet av arbetsliv från Sverige och/eller hemlandet. Någon deltagare fick sin yrkeskompetens bedömd efter en tids praktik. När Arbetsförmedlingen beviljat praktik har deltagaren fått aktivitetsstöd som betalas ut av försäkringskassan, oftast med kompletterande försörjningsstöd. Om Uppsala kommun har beviljat praktik har deltagaren fått fortsatt försörjningsstöd.

²⁵ Arbetspsykologisk utredning, Arbetsförmedlingens hemsida:
www.arbetsformedlingen.se/download/18.4b7cba481279b57bec180008035/apu_sok.pdf

Beskrivningar av olika typer av anställningar

Anställning utan stöd

Anställning där arbetsgivaren helt och hållet betalar ut lön till arbetstagaren. Arbetstagaren får inga bidrag utan försörjer sig helt och hållet på sin lön.

Nystartsjobb²⁶

Om en person varit utan arbete en längre tid eller är ny i Sverige kan arbetsgivaren få ekonomisk ersättning för att anställa denne. Stödet kallas för nystartsjobb eller särskilt nystartsjobb. För att nystartsjobb ska beviljas, ska lönen ligga på minst samma nivå som gällande kollektivavtal i branschen. Arbetsgivaren kan vanligtvis få ersättningen under lika lång tid som personen har varit utan arbete, men det finns vissa maxgränser. Har personen fått sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjukersättning eller aktivitetsersättning kan arbetsgivaren få ersättning i upp till fem år. Om personen är ny i Sverige kan arbetsgivaren få ersättning under de tre första åren från det att denne fick sitt uppehållstillstånd.

Timanställning²⁷

En överenskommelse om att en person ska få betalt att arbeta vissa timmar per vecka eller ett pass varje helg brukar kallas att arbetstagaren har s.k. timanställning. Ofta används timanställningar när det kan vara ovisst hur många timmar en arbetstagare kommer att arbeta varje vecka.

Välfärdsjobb²⁸

I Uppsala är välfärdsjobb en anställning inom en kommunfinansierad verksamhet. Personer får möjlighet att komma in på arbetsmarknaden och kan få anställning under ett år med avtalsenlig lön. Syftet är att få arbetsträning och referenser till framtida arbetsökande. Den anställda kommer också in i de olika trygghetssystemen inom Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Under anställningstiden ska den anställda kunna gå ifrån arbetet för att söka arbete eller delta i kompetenshöjande insatser. Anställningen ger avtalsenlig lön och kan fås inom en kommunfinansierad verksamhet under ett år.

²⁶ Nystartsjobb, Arbetsförmedlingens hemsida:

www.arbetsformedlingen.se/download/18.724f561b1291295b6a580006977/nystartsjobb_as.pdf

²⁷ Timanställningen innebär, Regelboken: www.regelboken.nu/dokument/58

²⁸ Välfärdsjobb, Uppsala kommuns hemsida: www.uppsala.se/valfardsjobb

Beskrivningar av olika former av försörjning

A-kassa

A-kassa heter egentligen arbetslöshetsförsäkring och består av försäkringar som har till syfte att utdela ersättning till personer som ofrivilligt mist sitt arbete. Grundförsäkringen ges till personer som antingen inte är medlem i en arbetslöshetskassa eller är medlem i en sådan men inte uppfyller de villkor som gäller för rätt till en inkomstrelaterad ersättning. Ersättning lämnas tidigast den dag den arbetslöse fyller 20 år. Inkomstbortfallsförsäkringen ges till personer som varit medlemmar i en arbetslöshetskassa under minst ett år, med förutsättningen att medlemmen efter det senaste inträdet i kassan uppfyllt arbetsvillkoret enligt 12-14 a §§ (medlemsvillkor)²⁹.

Aktivitetsstöd

Aktivitetsstöd kan man få om man deltar i ett arbetsmarknadspolitiskt program och har fyllt 25 år³⁰.

Introduktionsersättning

Flyktingar i åldern 18-65 år som ännu inte kan försörja sig själva kan få en statlig ersättning (introduktionsersättning) i upp till 2 år. **Arbetsförmedlingen** har det samordnande ansvaret för etableringsinsatserna och kartlägger tillsammans med den nyanlände vilka kompetensen denne har. Därefter upprättas en individuell etableringsplan vilken ska innehålla insatser för att underlätta och påskynda etableringen i arbets- och samhällslivet³¹.

Socialbidrag

Socialbidrag heter egentligen ekonomiskt bistånd. Det är ett ekonomiskt stöd som man kan få från sin kommun om man har ekonomiska problem. Man kan få ekonomiskt bistånd till försörjningen (försörjningsstöd) eller till andra behov som exempelvis läkemedel, tandvård, glasögon eller hemutrustning. Möjligheten att få ekonomiskt bistånd påverkas av hela hushållets inkomster och tillgångar³².

Sjukpenning

Sjukpenning är pengar man kan få om man inte kan arbeta för att man är sjuk. Sjukpenning kan fås om man inte kan arbeta sin vanliga arbetstid för att man är sjuk. Som minst behöver man vara borta en fjärdedel av sin vanliga arbetstid för att kunna få

²⁹ Lagen om arbetslöshetsförsäkring, Wikipedia:

http://sv.wikipedia.org/wiki/Lagen_om_arbetsl%C3%B6shetsf%C3%B6rs%C3%A4kring

³⁰ Om aktivitetsstöd, Försäkringskassans hemsida:

<http://www.forsakringskassan.se/privatpers/funktionsnedsattning/aktivitetsstod>

³¹ Nyanländas etablering, Länsstyrelsens hemsida: <http://www.lansstyrelsen.se/vastmanland/Sv/manniska-och-samhalle/integration/nyanlandas-etablering/Pages/nyanlandas-etablering.aspx>

³² Socialbidrag, Socialstyrelsens hemsida: <http://www.socialstyrelsen.se/hittarattmyndighet/socialbidrag>

sjukpenning. Om man går miste om arbetsinkomst som är sjukpenninggrundande. Om man är försäkrad i Sverige, vilket de flesta som arbetar i landet är³³.

³³ Om sjukpenning, Försäkringskassans hemsida:
http://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/22afb06a-38f6-45b7-9624-444f4cda2563/sj_4086_sjukpenning.pdf?MOD=AJPERES



Information om forskningsprojekt inom Athena

Bakgrund och syfte: Med detta brev tillfrågas du om deltagande i ett forskningsprojekt. Målet med projektet är att undersöka om hälsa, levnadsvanor, sysselsättning och andra hälsofaktorer påverkas av att delta i Athenas verksamheter. Forskningen utförs av forskare vid Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala Universitet.

Fråga om deltagande: Du tillfrågas om att delta i forskningsprojektet för att du deltar i Athenas aktiviteter. Alla som deltar i Athenas aktiviteter kommer att tillfrågas om att delta i forskningsprojektet.

Hur går studien till: Om du väljer att delta i forskningsprojektet kommer du att få svara på frågor i tre enkäter. Du kommer att få svara på en enkät när du börjar i Athenas verksamhet, en enkät efter att du deltagit i den i ca 3 månader och en enkät ca 1 år efter det att du började i verksamheten. Vissa deltagare kommer också att vid tre tillfällen att delta i fokusgrupper, där man i grupp samtalar om sina upplevelser av hälsa, sysselsättning och hur man påverkats av Athenas aktiviteter. Enkäterna delas ut och besvaras i Athenas lokaler på schemalagd tid. Tolk eller cirkelledare kommer finnas på plats. Om du vill kan du få frågorna i enkäten upplästa för dig på modersmål och få svara på frågorna muntligt. Fokusgrupperna kommer också att genomföras i Athenas lokaler. Om du efter att ha svarat på frågor vill prata med någon om tankar eller funderingar som du fått när du deltog i en fokusgrupp eller svarade på en enkät, finns det möjlighet till det. Kontakta ansvariga för studien så hjälper de dig att boka en tid för det.

Sekretess och data: Du som väljer att delta i forskningsprojektet tilldelas en kod vilken kommer att stå på de enkäter som du svarar på i stället för ditt namn. Koden är till för att skydda din identitet. Personuppgifter kommer att datalagras och avidentifieras innan de analyseras och det kommer inte vara möjligt att identifiera enskilda individers svar vid redovisningen av resultaten. Hanteringen av personuppgifter regleras av Personuppgiftslagen (SFS 1998:204). Enligt personuppgiftslagen (PuL) har du rätt att gratis en gång per år kostnadsfritt få ta del av de uppgifter som lagras om dig och vid behov få eventuella fel rättade. Personuppgiftsansvarig är Uppsala Universitet, kontaktpersoner är ansvariga nedan. Forskningsprojektet omfattas och regleras även av etikprövningslagen samt offentlighets- och sekretesslagen. Resultat från studien kommer att publiceras i rapporter och artiklar.

Frivillighet och samtycke: Det är helt frivilligt att delta i forskningsprojektet och du som deltar kan när som helst tacka nej till fortsatt deltagande. Du som avbryter ditt deltagande behöver inte förklara varför och det kommer inte att påverka ditt deltagande i Athena. Samtycke till att delta i forskningsprojektet ges skriftligt genom att fylla i samtyckesblankett i samband med informationsmöte. Om du har frågor kontakta oss via brev, e-post eller telefon.

Med vänliga hälsningar,

Josefin Wångdahl

Annika Åhs

Ragnar Westerling

Josefin Wångdahl

Universitetsadjunkt, E-post:

Tel: 0702- 034045

josefin.wangdahl@pubcare.uu.se

Annika Åhs

Forskare, E-post: annika.ahs@pubcare.uu.se

Tel: 070-340 08 02

Ragnar Westerling

Professor, Ansvarig Forskare, E-post:

Tel: 018-471 65 47

ragnar.westerling@pubcare.uu.se

Postadress:

Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Box 564, 751 22, Uppsala



Samtycke till att delta i ett forskningsprojekt

Genom att skriva på nedan samtycker du till att delta i det forskningsprojekt vid Uppsala Universitet som syftar till att undersöka om hälsa, levnadsvanor, sysselsättning och andra hälsofaktorer påverkas av att delta i Athenas verksamhet.

Underskrift:.....

Namnförtydligande:.....

Datum:.....

Ort:.....

Intervjuguide för fokusgruppsintervjuer

Frågor vid start (Innan deltagande)

- ✓ Inledande frågor
- ✓ Möjligheter att etablera sig på arbetsmarknaden genom att arbeta eller studera
- ✓ Hälsoindikatorer och benägenhet att göra en förändring
- ✓ Hur samhälls- och hälsoinformation inhämtas och hur man förstår, värderar och använder sig av den
- ✓ Socialt stöd, nätverk och deltagande i samhällsaktiviteter

Inledande frågor

Se bakgrundsfrågor.

0. Vad har ni för förväntningar på att delta i Athena-projektet?

Möjligheter att etablera sig på arbetsmarknaden genom att arbeta eller studera

1. Hur viktigt skulle det vara att få ett arbete?
2. Vad skulle hjälpa er att få ett arbete?
3. Vad tror ni det är som gör det svårt att få ett arbete?
4. Hur viktigt skulle det vara för er att börja studera?
5. Vad skulle ni behöva för att klara av att studera?
6. Vad är det som gör att det är svårt att börja studera?

Hälsoindikatorer och benägenhet att göra en förändring

7. Vad är hälsa för er?
 8. Hur skulle ni beskriva att ni mår?
 9. Hur tror ni att era vanor/er livsstil påverkar er hälsa?
 10. Har ni funderat på att förändra någon vana i livet för att må bättre?
- I så fall,
11. Vad vill ni förändra?
 12. I vilken utsträckning skulle det vara viktigt för er att göra en sådan förändring?

13. Hur viktigt tror ni andra personer i er omgivning att det är viktigt att göra förändringen?

14. Hur pass motiverad/villig är ni att göra den förändringen?

15. Hur tror ni att ni skulle klara av att göra en förändring?

16. Berätta på vilket sätt ni planerar att göra förändringen?

17. Vad behöver ni för att klara av att göra förändringen?

18. Hur har ni tidigare klarat av att göra en förändring i livet, för att må bättre?

Hur samhälls- och hälsoinformation inhämtas och hur man förstår, värderar och använder sig av den

19. Hur gör ni för att få information som ni behöver för att förbättra er hälsa?

Följdfrågor:

- På vilket sätt kan det vara svårt att hitta information som man behöver?
- Hur gör ni om ni inte förstår informationen?

20. Hur brukar ni använda information som ni har fått om er hälsa?

Socialt stöd, nätverk och deltagande i samhällsaktiviteter

21. Kände ni någon i Sverige innan ni kom hit?

22. Vilka personer utanför er familj umgås ni med?

Följdfråga:

- I vilken utsträckning umgås ni med andra personer än era landsmän, såsom svenskar eller personer från andra länder?

23. Hur ser ni på ert sociala liv, vad skulle ni vilja förändra när det gäller ert sociala nätverk och sociala stöd?

24. Hur känner ni er delaktiga i samhället?

25. Hur skulle ni kunna bli mer delaktiga i samhället?

Frågor ca 3 månader efter start (första uppföljningen)

- ✓ Hur man hittills upplevt deltagandet i Athena-projektet.
- ✓ Hur man upplevt deltagandet i studiecirkeln.
- ✓ Förändring i hälsovana, grad av motivation till förändring.
- ✓ Förändring i hur samhälls- och hälsoinformation inhämtas och hur man förstår, värderar och använder sig av den.
- ✓ Hur det sociala stödet, nätverket och deltagande i samhällsaktiviteter påverkats.

Hur man hittills upplevt deltagandet i Athena-projektet

1. Vilka insatser har ni deltagit i (när det gäller projektet Athena)?
2. Hur har det påverkat er att delta i insatserna?

Följdfråga:

- Vad har varit bra och vad har varit dåligt med att delta i de olika insatserna?

3. Hur skulle det (projektet) kunna bli bättre?

Hur man upplevt deltagandet i studiecirkeln, hur man förändrat hälsovana och grad av motivation till förändring

4. Vad lärde ni er av att delta i studiecirkeln?
5. Nämn någonting som ni har funderat på efter att ha deltagit i studiecirkeln?
6. Vad är den viktigaste lärdomen som ni fått med er av att delta i studiecirkeln?
7. Vad är ni nöjda med när det gäller studiecirkeln?
8. Vad skulle kunna ha gjorts bättre?
9. Hur har deltagande i studiecirkeln påverkat er familj?

Följdfråga:

- Efter att ha deltagit i studiecirkeln, har ni *gjort* några förändringar i livet, för att må bättre? I så fall,
- Alternativt, när ni gjorde förändringen...

10. Hur gick det?
11. Vad gjorde ni?
12. Hur klarade ni av att göra förändringen?

Följdfråga:

- Vad behövde ni för att klara av förändringen?

13. Tror ni att andra personer i er omgivning tycker att det är viktigt att göra en sådan förändring?

14. Efter att ha deltagit i studiecirkeln, är det någon ytterligare hälsovana som ni *funderar på eller planerar* att förändra för att må bättre?

I så fall,

15. Vad vill ni förändra?

16. I vilken utsträckning skulle det vara viktigt att göra en sådan förändring?

17. Hur pass motiverad/villig är ni att göra den förändringen?

18. Hur viktigt tycker andra personer i er omgivning att det är viktigt att göra förändringen?

19. Hur tror ni att ni skulle klara av att göra en förändring?

20. Berätta på vilket sätt ni planerar att göra förändringen?

21. Vad behöver ni för att klara av att göra förändringen?

Förändring i hur samhälls- och hälsoinformation inhämtas och hur man förstår, värderar och använder sig av den

22. Har deltagandet i studiecirkeln påverkat hur ni söker information som ni behöver för att förbättra er hälsa och i så fall hur?

Följdfrågor:

- På vilket sätt kan det vara svårt att hitta information som man behöver?
- Hur gör ni om ni inte förstår informationen?

23. Hur brukar ni använda information som ni fått om er hälsa?

Hur det sociala stödet, nätverket och deltagande i samhällsaktiviteter påverkats

24. Hur ser livet ut i dag när det gäller sociala kontakter?

26. Har deltagande i studiecirkeln gjort att ni förändrat ert sociala nätverk eller sociala stöd på något sätt och i så fall hur?

27. Har deltagandet i studiecirkeln påverkat på ert sätt att vara delaktiga i samhället, och i så fall hur?

Frågor ca ett år efter start (andra uppföljningen)

- ✓ Hur man upplevt att delta i Athena-projektet.
- ✓ Förändring i status på arbetsmarknaden/om man börjat arbeta el. studera.
- ✓ Förändring i hälsovanor och grad av motivation till förändring
- ✓ Förändring i hur samhälls- och hälsoinformation inhämtas och hur man förstår, värderar och använder sig av sådan information.
- ✓ Hur det sociala stödet, nätverket och deltagande i samhällsaktiviteter påverkats.

Hur man upplevt att delta i Athena-projektet

1. Vad har ni lärt er av att delta i Athena-projektet?

Följdfråga:

- Nämn någonting som ni funderat på efter att ha deltagit?
- Vad är den viktigaste lärdomen som ni fått med dig av att delta?
- Hur har projektet påverkat dig?

2. Vad är ni nöjda med?

3. Vad var mindre bra, eller vad skulle kunna ha gjorts bättre?

4. Vilken/vilka insatser var viktigast för er?

5. Vilken/vilka insatser var minst viktiga för er?

6. I vilken grad motsvarade projektet era förväntningar?

7. I vilken grad upplever ni att det fanns möjlighet för dig att dela med er av er kunskap och era erfarenheter i projektet?

Förändring i status på arbetsmarknaden/om man börjat arbeta el. studera

8. Hur har Athena-projektet bidragit till att ni kommit närmare arbetsmarknaden?

Följdfrågor:

Om ni har ett arbete:

- Vad hjälpte er att få ett arbete?

Om ni inte har ett arbete:

- Vad skulle hjälpa er att få ett arbete?
- Kan ni nämna tre saker i livet som skulle göra det lättare för er att få ett arbete?

Om ni har börjat studera:

- Vad hjälpte er att börja studera?

Om ni inte har börjat studera men vill det:

- Vad skulle hjälpa er att börja studera?

9. Hur viktigt är det att ha ett arbete?

10. Hur viktigt skulle det vara för er att börja studera?

Förändring i hälsovanor och grad av motivation till förändring

11. Hur har deltagandet i Athena-projektet gett er kunskap om hur ni kan påverka er hälsa?

12. Hur har deltagandet i Athena-projektet påverkat er livsstil?

13. Efter att ha deltagit i projektet, har ni *gjort* några förändringar i livet?

I så fall,

14. Hur gick det?

15. Vad gjorde ni?

16. Hur klarade ni av att göra förändringen?

Följdfråga:

- Vad behövde ni för att klara av förändringen?
- Vad skulle ni ha behövt för att klara av att göra förändringen?

17. Tror ni att andra personer i er omgivning tycker att det är viktigt att göra en sådan förändring?

18. Efter att ni har deltagit i projektet, är det någon i era familjer som har gjort en förändring i livet, för att må bättre?

19. Efter att ha deltagit i Athena-projektet, är det någon ytterligare livsstilsförändring som ni *funderar på eller planerar* att göra för att må bättre?

I så fall,

20. Vad vill ni förändra?

21. I vilken utsträckning skulle det vara viktigt att göra en sådan förändring?

22. Hur pass motiverad/villig är ni att göra den förändringen?

23. Hur viktigt tycker andra personer i er omgivning att det är viktigt att göra förändringen?

24. Hur tror ni att ni skulle klara av att göra en förändring?

25. Berätta på vilket sätt ni planerar att göra förändringen?

26. Vad skulle ni behöva för att klara av att göra förändringen?

Förändring i hur samhälls- och hälsoinformation inhämtas och hur man förstår, värderar och använder sig av sådan information

27. Vart vänder ni er för att få information om er hälsa?

Följdfrågor:

- På vilket sätt kan det vara svårt att hitta information som man behöver?
- Hur gör ni om ni inte förstår informationen?

28. Vad gör ni för att få information som man behöver för att förbättra en anhörigs hälsa?

29. Hur brukar ni använda information som ni har fått om er hälsa?

Hur det sociala stödet, nätverket och deltagande i samhällsaktiviteter påverkats

30. Hur ser livet ut i dag när det gäller sociala kontakter?

31. Tror ni att deltagandet i Athena-projektet har påverkat ert sociala nätverk eller ert sociala stöd och i så fall hur?

32. Har deltagandet i Athena-projektet påverkat er delaktighet i samhället och i så fall hur?

Följdfråga:

- Vad skulle hjälpa er att bli mer delaktiga i samhället?

Tabell 1. Antal svar och fördelning av svar på frågor om hur Athena påverkat närheten till arbetsmarknaden vid olika mätpunkter

	3 mån		Ett år		MW 2 & 3
	Antal	%	Antal	%	p-värde
Hur möjligheten att få ett arbete påverkats av deltagande i Athena					.
Möjligheten har minskat	0	0	4	11	
Den har inte påverkats alls	13	26	10	26	
Möjligheten har ökat	37	74	24	63	
Hur motivation att söka arbete påverkats av deltagande i Athena					.
Mindre motiverad nu än tidigare	3	6	2	6	
Motivation ej påverkats	7	14	8	22	
Mer motiverad än tidigare	40	80	26	72	
Hur mycket man lärt sig i Athena som kan hjälpa en att få ett arbete					.
Ingenting	2	4	4	11	
Lite	19	37	16	42	
Mycket	31	60	18	47	
Hur svenskan påverkats av deltagande i Athena					.
Blivit sämre	1	2	4	10	
Inte påverkats	8	15	4	10	
Blivit bättre	43	83	32	80	
Har börjat umgås med andra deltagare i Athena på fritiden	30	59	18	46	

MW 2 & 3 = Mann-Whitney test mellan enkät 2 och 3, Fet stil = signifikant skillnad $t < 0.05$, * = ej signifikant, - = ej mätt

Tabell 2. Antal svar och fördelning av svar på frågor om aktiviteters nytta för närheten till arbetsmarknaden vid olika mätpunkter

	3 mån		Ett år		MW 2 & 3
	Antal	%	Antal	%	p-värde
Om man tror att man lättare kan få ett arbete om man deltar i...					
Datakurs					.
Kanske	13	26	14	39	
Ja	31	61	17	47	
Samhällsorientering/språkträning					.
Kanske	12	24	11	28	
Ja	35	69	25	64	
Jobbsökaraktivitet					.
Kanske	14	28	9	25	
Ja	35	69	22	61	
Studiecirkel i hälsa					.
Kanske	20	39	17	47	
Ja	26	50	14	39	
Studiebesök					.
Kanske	5	21	12	34	
Ja	13	54	9	26	
Praktik på arbetsplats					.
Kanske	5	11	10	30	
Ja	29	62	15	46	
Arbetsträning					.
Kanske	10	21	10	31	
Ja	28	58	14	44	
Arbetsmarknadsutbildning					.
Kanske	9	18	9	27	
Ja	30	61	14	41	
Föreläsningar					.
Kanske	21	46	8	24	
Ja	18	39	11	32	

MW 2 & 3 = Mann-Whitney test mellan enkät 2 och 3, Fet stil = signifikant skillnad <0.05, * = ej signifikant, - = ej mätt

Tabell 3. Antal svar och fördelning av svar på respektive fråga om hälsa, tilltron till den egna förmågan, BMI och Athenas påverkan på hälsan vid olika mätpunkter

	Innan		3 mån		MW 1 & 2	Ett år		MW 1 & 3	MW 2 & 3	KW
	Antal	%	Antal	%	p-värde	Antal	%	p-värde	p-värde	p-värde
Generell hälsa	3.4*		3.1*		0.003	2.0*		0.000	-	0.000
Mycket bra	5	9	4	8	-	3	8	-	-	
Bra	8	14	17	33	-	14	36	-	-	-
Varken bra eller dåligt	25	44	28	54	-	13	33	-	-	-
Dåligt	15	26	2	4	-	6	15	-	-	-
Mycket dåligt	4	7	1	2	-	3	8	-	-	-
Psykiskt välbefinnande	3.4*		2.0*		0.007	3.08*		.	-	0.028
Nedsatt psykiskt välbefinnande	31	40	15	19	0.004	17	22	.		0.009
Self-efficacy (tilltro på den egna förmågan)	2.9*		3.1*		.	2.8*		.	-	.
BMI	28.9*		-		.	30.3*		.	-	.
Hur hälsan påverkats av deltagande i Athena					-			-	0.031	-
Blivit sämre	-	-	1	2		4	11			
Inte påverkats	-	-	12	23		13	35			
Blivit bättre	-	-	39	75		20	54			
Hur hälsan påverkats av deltagande i studiecirkeln i hälsa					-			-	.	-
Blivit sämre	-	-	0	0		2	7			
Inte påverkats	-	-	7	16		7	26			
Blivit bättre	-	-	38	84		18	67			

*Mean, KW = Kruskal-Wallis test mellan enkät 1, 2 och 3, MW 1 & 2 = Mann-Whitney test mellan enkät 1 och 2, MW 1 & 3 = Mann-Whitney test mellan enkät 1 och 3, MW 2 & 3 = Mann-Whitney test mellan enkät 2 och 3, Fet stil = signifikant skillnad <0.05, * = ej signifikant, - = ej mätt

Tabell 4. Antal svar och fördelning av svar på respektive fråga om hälsolitteracitet och levnadsvanor vid olika mätpunkter

	Innan		3 mån		MW 1 & 2 ^e	Ett år		MW 1 & 3	MW 2 & 3	KW
	Antal	%	Antal	%	p-värde	Antal	%	p-värde	p-värde	p-värde
Funktionell hälsolitteracitet					.			.	-	.
Tillräcklig	3	6	6	13		3	8			
Problematisk	13	34	17	35		16	42			
Bristande	39	71	25	52		19	50			
Komplex hälsolitteracitet					0.000			0.000	-	0.000
Tillräcklig	16	35	31	65		16	55			
Problematisk	9	20	12	25		9	31			
Bristande	21	46	5	10		4	14			
Mängd frukt och grönsaker man äter					-			-	-	.
Lite	8	14	9	17		5	13			
Medel	14	25	17	33		15	38			
Mycket	34	61	26	50		19	49			
Fysisk aktivitet per vecka så att man blir varm					-			-	-	.
5 timmar i veckan eller mer	14	25	17	33		14	35			
Mer än 3 men mindre än 5 timmar	16	29	9	17		4	10			
Mellan 1 och 3 timmar	15	27	20	39		13	33			
Högst en timma	9	16	3	6		3	8			
Inte alls	2	4	3	6		6	15			

*Mean, KW = Kruskal-Wallis test mellan enkät 1, 2 och 3, MW 1 & 2 = Mann-Whitney test mellan enkät 1 och 2, MW 1 & 3 = Mann-Whitney test mellan enkät 1 och 3, MW 2 & 3 = Mann-Whitney test mellan enkät 2 och 3, Fet stil = signifikant skillnad <0.05, . = ej signifikant, - = ej mätt

Tabell 5. Antal svar och fördelning av svar på respektive fråga om planer på att äta hälsosamt och vara fysiskt aktiv vid olika mätpunkter

	Innan		3 mån		MW 1 & 2	Ett år		MW 1 & 3	KW
	Antal	%	Antal	%	p-värde	Antal	%	p-värde	p-värde
Planer att äta hälsosam mat					0.029			0.000	0.000
Gör ej och planerar inte att göra så de närmaste 6 månaderna	4	7	1	2		7	18		
Gör ej men planerar att göra så inom de närmaste 6 månaderna	2	4	2	4		3	8		
Gör ej men planerar göra så inom de närmaste 30 dagarna	10	19	2	4		0	0		
Gör så och har gjort det i mindre än 6 månader	12	22	12	24		13	33		
Gör så och har gjort det i mer än 6 månader	26	48	33	66		17	43		
Planer att vara fysiskt aktiv så att man blir varm minst 30 min, 3 gånger i veckan					.			0.000	0.000
Gör ej och planerar inte att göra så de närmaste 6 månaderna	6	12	2	4		8	21		
Gör ej men planerar att göra så inom de närmaste 6 månaderna	3	6	5	10		4	10		
Gör ej men planerar göra så inom de närmaste 30 dagarna	6	12	4	8		6	15		
Gör så och har gjort det i mindre än 6 månader	13	26	8	15		6	15		
Gör så och har gjort det i mer än 6 månader	23	45	33	64		15	38		

*Mean, KW = Kruskal-Wallis test mellan enkät 1, 2 och 3, MW 1 & 2 = Mann-Whitney test mellan enkät 1 och 2, MW 1 & 3 = Mann-Whitney test mellan enkät 1 och 3, Fet stil = signifikant skillnad minst <0.05, * = ej signifikant, - = ej mätt

Tabell 6. Antal svar och fördelning av svar på respektive fråga om studiecirkeln i hälsa samt om Athena i stort vid olika mätpunkter

	3 mån		Ett år		MW 2 & 3
	Antal	%	Antal	%	p-värde
Har gjort något för att förbättra sin hälsa på grund av deltagande i studiecirkeln i hälsa					.
Nej	2	5	2	7	
Ja	42	95	26	93	
Om man berättat för andra utanför Athena om det man pratat om studiecirkeln i hälsa					.
Nej	3	7	6	21	
Ja	42	93	22	79	
Om andra utanför Athena gjort något för att förbättra sin hälsa på grund av att man deltagit i studiecirkeln i hälsa					.
Nej	20	55	12	43	
Ja	24	45	16	57	
Hur mycket nytt om hälsa man lärt sig genom att delta i studiecirkeln i hälsa					.
Ingenting	0	0	3	11	
Lite	12	27	8	29	
Mycket	33	73	17	61	
Om Athena motsvarade de förväntningarna man hade med projektet					.
Nej	7	14	5	13	
Ja	29	57	23	61	
Vet ej	15	29	10	26	

MW 2 & 3 = Mann-Whitney test mellan enkät 2 och 3, W 1 & 2 = Wilcoxon sum rank test mellan enkät 1 och 2, Fet stil = signifikant skillnad minst <0.05, * = ej signifikant, - = ej mätt

