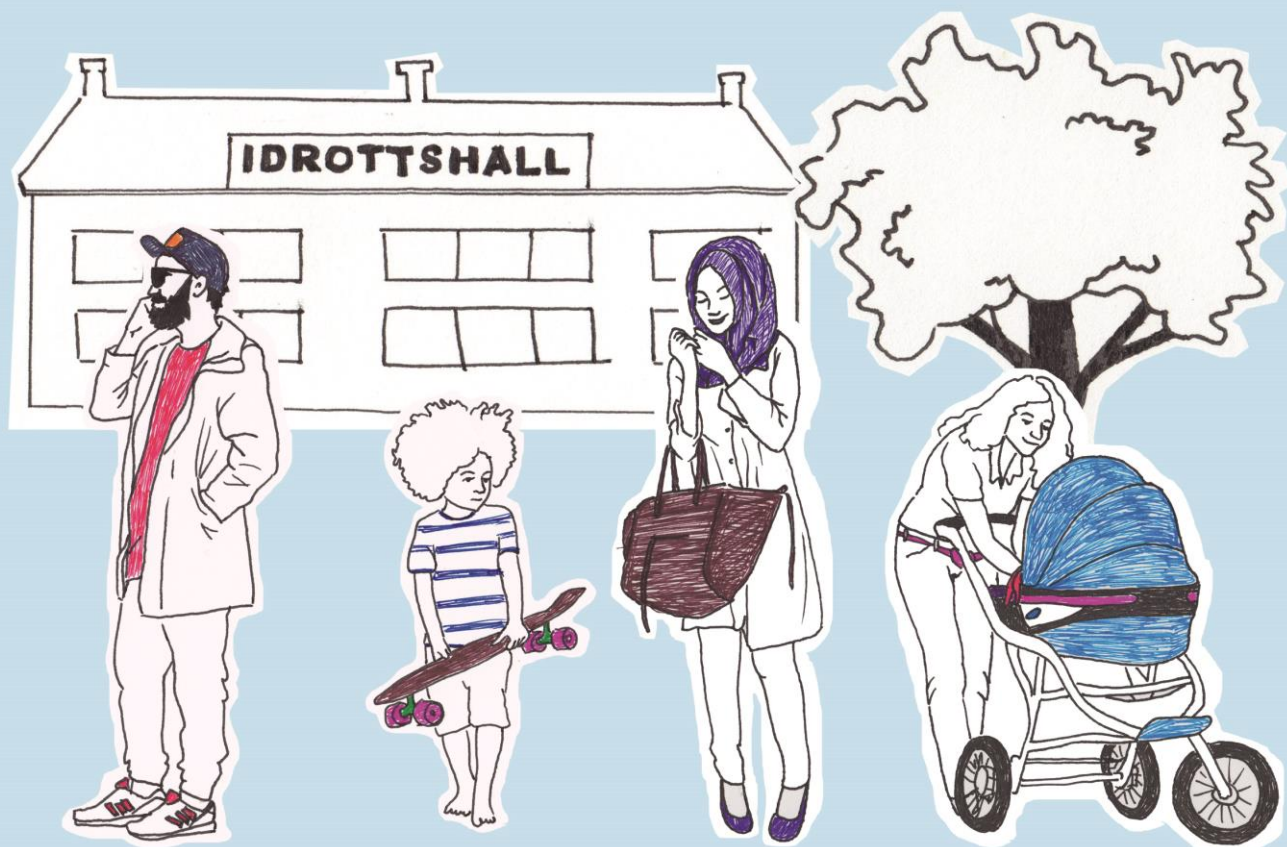


Förstudie MILSA – Hälsokommunikation i relation till samhällsorientering och etablering av nyanlända flyktingar i Sverige

Maissa Al-Adhami
Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap
Uppsala universitet, augusti 2015



Titel: Förstudie MILSA –
Hälsokommunikation i relation till
samhällsorientering och etablering av
nyanlända flyktingar i Sverige

Utgiven av: Länsstyrelsen Skåne

Författare: Maissa Al Adhami

Beställning: Länsstyrelsen Skåne
Samhällsbyggnad
205 15 Malmö
Telefon 010-224 10 00

Copyright: Länsstyrelsen Skåne

Diarienummer: 851- 24376-2015

ISBN: 978-91-7675-020-9

Rapportnummer: 2015:32

Tryckeri, upplaga: Länsstyrelsen Skåne

Tryckår: 2015

Omslagsillustration Charlotte Rodenstedt

Författarens tack

Jag vill framföra ett varmt tack till alla informanter som jag haft förmånen att intervjua och samtala med. Tack för att ni delade med er av er kunskap, er klokskap och era erfarenheter. Ert engagemang är inspirerande och hoppningivande. Tack också till alla inom MILSA som bidragit med bra synpunkter och kommentarer till rapporten. Ett särskilt tack till Katarina Carlzén vid Länsstyrelsen i Skåne som med engagemang och målmedvetenhet visat vägen i arbetet med studien.

Innehållsförteckning

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. SAMMANFATTNING | 5 |
| 1.1 Slutsatser..... | 6 |
| 1.2 Rekommendationer..... | 7 |
| 2. INLEDNING | 8 |
| 2.1 Bakgrund..... | 8 |
| 2.1.1 Mot en hälsofrämjande etablering..... | 9 |
| 2.1.2 MILSA..... | 10 |
| 2.1.3 Aktörer och samverkan..... | 11 |
| 2.2 Hälsofrämjande insatser och åtgärder i etableringen..... | 11 |
| 2.2.1 Samhällsorientering..... | 12 |
| 2.2.2 Hälsoinformatörer och hälsokommunikatörer..... | 13 |
| 2.3 Syfte, avgränsning och metod..... | 15 |
| 3. RESULTAT | 17 |
| 3.1 Varför hälsokommunikation?..... | 17 |
| 3.2 Vad ingår i hälsokommunikationsbegreppet?..... | 18 |
| 3.3 Modeller för hälsokommunikation..... | 19 |
| 3.3.1 Hälsokommunikation inom samhällsorienteringen – med samhällskommunikatörer..... | 19 |
| 3.3.2 Hälsokommunikation inom samhällsorienteringen – med hälsokommunikatörer..... | 19 |
| 3.3.3 Kommunikatörernas bakgrunder..... | 20 |
| 3.3.4 Anställningsformer..... | 20 |
| 3.3.5 Utbildning..... | 21 |
| 3.3.6 Material och metoder för utbildning av kommunikatörer..... | 23 |
| 3.3.7 Samverkan..... | 24 |
| 3.3.8 Hälsokommunikation utanför samhällsorienteringen..... | 25 |
| 3.4 Vad säger utvärderingarna om modersmålsbaserad hälsokommunikation?..... | 28 |
| 4. SLUTSATSER | 35 |
| 5. REKOMMENDATIONER | 37 |
| 6. REFERENSER | 38 |
| BILAGA 1 - PROJEKTLISTA | 41 |
| BILAGA 2 – INFORMANTER OCH RESURSPERSONER | 43 |
| BILAGA 3 – FRÅGEGUIDE/EXEMPELFRÅGOR | 44 |
| BILAGA 4 – KURSINNEHÅLL HÄLSKOMMUNIKATÖRSUTBILDNINGEN 201045 | |
| BILAGA 5 – EXEMPEL PÅ UTBILDNINGAR FÖR SAMHÄLLSKOMMUNIKATÖRER | 50 |

1. Sammanfattning

I etableringsprocessen för nyanlända flyktingar, där ansvaret delas av flera aktörer, ses hälsofrämjande åtgärder idag som en allt viktigare del. Som ett led i detta har länsstyrelserna prioriterat frågan om hälsokommunikation och hur den kan spridas och utvecklas inom ramen för etableringen. Många kommuner och andra aktörer har också valt att utöka antalet timmar som ägnas åt hälsokommunikation och andra hälsoinsatser. Fördelarna räknas inte bara på den individuella nivån. Information, hälsopromotion och prevention är samhällsekonomiskt en god affär; preventiva åtgärder förhindrar onödig användning av primär- och akutvård och minskar belastningen på hälso- och sjukvården överlag.

Förstudien har tagits fram inom ramen för projektet forskningsbaserad stödplattform för migration och hälsa (MILSA) och dess delprojekt MILSA 4 som har som mål att samla den kunskap och de erfarenheter som finns kring hälsokommunikation och att lyfta frågan om behovet av hälsokommunikation för nyanlända flyktingar i etableringen.¹

Syftet med förstudien är att kartlägga vilka modeller för hälsokommunikation som prövats i Sverige, framförallt inom etableringen, och erfarenheterna av dessa. I detta ingår en beskrivning av kommunikatörers bakgrunder, vilka utbildningar som ges till gruppen idag samt vilka material och metoder som används. En sammanfattning av resultat från några utvärderingar som gjorts på hälsokommunikationsverksamhet bland annat i Stockholm, Östergötland och Skåne, presenteras också.

Förstudien bygger på intervjuer med ett antal utvalda aktörer inom etablering, samhällsorientering och hälsokommunikation inom olika län med geografisk spridning samt på dokumentstudier.

¹ Parallellt tar projektet fram rekommendationer för hur rollen som hälsokommunikatör kan utvecklas och professionaliseras. Förstudien och annan dokumentation från MILSA 4 kommer att ligga till grund för en eventuell ansökan om finansiering för fortsatt utvecklingsarbete.

1.1 Slutsatser

De övergripande resultaten, som listas kortfattat nedan, lägger en grund för vidare arbete med modeller för stödjande resurssystem och förutsättningar, såsom kompetensutveckling för kommunikatörer, uppföljningssystem samt regionalt och nationellt utvecklingsstöd:

- **Hälsokommunikation är en rättighet som lönar sig för samhället**
I förstudien framkommer det att det finns ett starkt intresse för att nyanlända flyktingar ska få en likvärdig samhällsorientering och hälsokommunikation oavsett var de bosätter sig. Ökad kunskap anses ge individen möjligheter att få större kontroll över livet i det nya landet, förhindra ohälsa och över- eller underanvändning av sjukvård samt öka förutsättningar för en god etableringsprocess
- **Samhällsorienteringen är en bred arena för hälsokommunikation**
Fördelen med hälsokommunikativa insatser som sker inom ramen för etableringen är den systematisering som följer. Insatserna når fler deltagare om de ingår i den etableringsplan som Arbetsförmedlingen i samråd med individen lägger upp såsom den obligatoriska samhällsorienteringen. I studien framkommer att samhällsorienteringen är den vanligaste arenan eller modellen för systematisk hälsokommunikation till nyanlända flyktingar, antingen inom ramen för de 60 timmarna samhällsorientering eller i utökad form
- **Samhällskommunikatören är den vanligaste förmedlaren av hälsokommunikation inom samhällsorienteringen**
För hälsokommunikationen står oftast en samhällskommunikatör eller samhälls- och hälsokommunikatör (SHK). Renodlade hälsokommunikatörer finns bara i Stockholms län och Östergötlands län.
- **Det finns gemensamma behov av utbildning men tillgången är ojämn**
Ett stort antal utbildningsarrangörer deltar; lärosäten, landsting, statliga myndigheter, ideell sektor, privata aktörer. Samtidigt finns ett behov av enhetliga, lättillgängliga och icke kostsamma utbildningar och fortbildningar för kommunikatörer, inte minst i kommuner utanför storstadregionerna.
- **Det finns ett behov av utökad samverkan**
Många aktörer samverkar idag till exempel kring samhällsorienteringen, men för att nå ut med och utöka hälsokommunikationen behöver samverkan utökas och fördjupas på lokal, regional och även nationell nivå. Här efterfrågas en tydligare ansvarsfördelning kring hälsokommunikationen och dess finansiering samt metod- och utvecklingsstöd för samverkan.

1.2 Rekommendationer

Rekommendationerna för det fortsatta arbetet sammanfattas nedan:

- Att se över förutsättningarna att utveckla en gemensam nationell utbildningsplattform för hälsokommunikation och samhällsorientering, med beaktande av följande:
 1. Både hälsokommunikatörer och samhällskommunikatörer är förmedlare av hälsokommunikation. Kommunikatörernas utbildningsbehov sammanfaller inom flera kunskapsområden.
 2. Utbildningarna måste vara lättillgängliga, icke kostsamma och anpassade efter kommunikatörernas utbildningsbakgrund och anställningsförhållanden. Webbaserade lösningar förespåkas här.
 3. Det är viktigt att utbildningsplattformen förankras och tas fram i samråd med viktiga regionala aktörer såsom länsstyrelser och landsting/regioner.
- Att verka för framtagandet av regionala och nationella utvecklingsstöd som kan underlätta integreringen av hälsofrågorna i samhällsorienteringen.
- Att sprida lärdomar kring framgångsrik regional samverkan kring hälsa och hälsoförebyggande insatser i syfte att uppnå en mer hälsofrämjande etablering.

2. Inledning

2.1 Bakgrund

Sverige är idag ett av de länder i den europeiska unionen som tar emot flest flyktingar.² När asylskäl och andra skäl för bosättning utretts och uppehållstillstånd beviljats börjar en etableringsfas som ska underlätta för de nyanlända flyktingar att komma in i det svenska samhället. Etableringsinsatser som riktas till gruppen behöver ta hänsyn till skilda faktorer som kan underlätta respektive försvåra etableringen. En av dessa faktorer är de nyanlända flyktingarnas hälsa. Hälsotillståndet påverkar deltagandet i etableringsinsatser och chanserna till en god etablering samtidigt som etableringsprocessen påverkar hälsotillståndet.³

Ett flertal studier har pekat på att det är vanligare att migranter i Sverige har en sämre fysisk och psykisk hälsa än svenskfödda.⁴ Hälsan påverkas av de förhållanden som migranterna lämnat bakom sig i sitt hemland, migrationen i sig och hur väl integrationen i det nya samhället fungerar. Socio-ekonomiska faktorer såsom bristen på tillgång till arbete och bostad, liksom social isolering bidrar i hög utsträckning till ohälsa⁵. Därtill leder bristen på kontroll över det egna livet och osäkerhet inför framtiden till att den psykiska ohälsan är mer utbredd i gruppen. Men tillståndet är inte irreversibelt, med rätt stöd och insatser som stärker individens sociala nätverk kan hälsotillståndet förbättras.⁶

Svenska och internationella studier visar att hälsoproblem försvårar inlärning, t ex språkinlärning som är en viktig faktor för integration i samhället. Både fysisk och psykisk hälsa, såsom hörselproblem, posttraumatisk stress och depressioner kan påverka förmågan att lära sig språk⁷. Eftersom många av etableringsinsatserna som till exempel svenska för invandrare (SFI) och arbetsmarknadsutbildningar ställer krav på inlärningsförmåga är satsningar på deltagarnas hälsa viktiga.

Trots att behoven av vård många gånger kan vara stora, har det visat sig att hälso- och sjukvården inte utnyttjas optimalt av nyanlända flyktingar. Kunskaperna om faktorer som påverkar hälsan och hur den svenska hälso- och sjukvården fungerar kan ofta vara bristfälliga. Bristande hälsolitteracitet, dvs. förutsättningar att hitta, förstå, värdera och använda hälsoinformation, kan bidra till att man är skeptisk till hälso- och sjukvården och söker vård antingen för sent eller ibland i onödan. Information har många gånger svårare att nå fram på grund av till exempel språksvårigheter eller utmaningar att hitta rätt forum och metoder för att nå ut med information. Sammantaget ställer dessa faktorer krav på hälso- och sjukvården att hitta sätt att tillgodose de nyanländas behov av en god, jämlik vård. Det ställer också krav på etableringen att tillgängliggöra hälsokommunikation och anpassa insatser.

² UNHCR, Global Trends Report 2014, <http://www.unhcr.org/556725e69.html>

³ Länsstyrelsen i Stockholm, 2011, Utan hälsa, ingen etablering – hälsans roll i etableringsarbetet, Ikonen 2015

⁴ Sundell Lecerof, 2002, Socialstyrelsen, Samarasinghe & Arvidsson 2002

⁵ Socialstyrelsen, Folkhälsorapport 2009

⁶ Ikonen, 2015, Salehi 2010

⁷ Eriksson-Sjö, 2012, Fazel et al, 2005

Rätten till hälsa och vård som finns inskriven i såväl FN:s deklaration om mänskliga rättigheter som i svensk lag innebär också en rätt till information om den egna hälsan och hälso- och sjukvården. WHO och FN:s högkommissarie för mänskliga rättigheter slår fast att stater har en skyldighet att tillgängliggöra hälsorelaterad information och utbildning, som en del av människors rätt till hälsa. Vidare slår WHO fast att språkliga, kulturella och sociala hinder för en god hälsa bör undanröjas och att detta kräver samarbete mellan olika samhällssektorer och politikområden. Enkelriktad information från en givare till en mottagare bör ersättas med kommunikation som tar mottagarens erfarenheter i beaktande.⁸ Ett exempel på det senare är målgruppsanpassad hälsokommunikation på modersmålet som är en erkänd metod⁹ för att öka individens kontroll över den egna hälsan. Med målgruppsanpassad hälsokommunikation menas att information som förmedlas i dialogform kan anpassas efter behov och önskemål från deltagarna. Vidare kan kommunikationen ge förklaringar och svar som är anpassade till målgruppen. WHO förespråkar också användandet av kulturförmedlare eller brobyggare, så kallade *cultural mediators*, som kan hjälpa individen att tolka och förstå hälsorelaterad information liksom insatser för att stärka kulturkompetensen hos personer som arbetar med och möter migranter.¹⁰

2.1.1 Mot en hälsofrämjande etablering

I den nationella folkhälsokommittén Hälsa på lika villkor - Nationella mål för folkhälsan (SOU 2000:91) är ett av målen ”Tillgång till saklig och obunden hälsoinformation för alla”, där det konstateras att ”En av förutsättningarna för en god hälsa på lika villkor är att alla har möjlighet att få en korrekt och saklig hälsoinformation”. Hälsokommunikation kan definieras som planerade kommunikationsinsatser från samhällets eller samhällstödta organisationers sida till större eller mindre grupper och kollektiv med avsikt att uppnå hälsovinster på samhällelig och individuell nivå.¹¹

En hälsofrämjande etablering kan definieras som en etablering som stärker individens egenmakt, hälsolitteracitet och tillgång till individanpassad vård.¹² En hälsofrämjande etablering är en fungerande, inkluderande och kvalitativ etablering med genomtänkta insatser som inte utgör ett hinder för individen i etableringsprocessen. Etableringen ska stärka den nyanländas mentala, sociala och fysiska hälsa¹³.

På ett övergripande plan är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (1982:763). Det nationella folkhälsomålet ”att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa för hela befolkningen” lyfter fram att det är

⁸ International migration, health and human rights, 2013, World Health Organization, Office of the High Commissioner for Human Rights and the International Organization for Migration även PHAME (se nedan).

⁹ World Health Organization (WHO). Health literacy – the solid facts. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe 2013

¹⁰ “How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity”, 2010, PHAME project, <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health>

¹¹ Palm, 2004

¹² Arbetsgrupp Fokus Hälsa, Analys och rekommendationer till stöd för fortsatt arbete, Ramböll, 2015

¹³ I linje med WHO:s definition av hälsa som inte enbart frånvaro av sjukdom utan ”ett tillstånd av fysiskt, mentalt välbefinnande”. WHO 1998

särskilt angeläget att folkhälsan förbättras för de grupper i befolkningen som är mest utsatta för ohälsa.¹⁴ I likhet med WHO, talar lagen om att ett samlat folkhälsoarbete kräver insatser av flera samhällsaktörer och inom flera politikområden. Detta gäller även för nyanlända flyktingar som befinner sig i en etablering, där det är viktigt att berörda parter samverkar för att hålla ihop olika insatser till en fungerande helhet.

För att utforma adekvata insatser är det viktigt att kartlägga och förstå hälsobehoven hos de nyanlända flyktingarna. Inom projektet Impact of Multicultural Health Advisors (IMHad), som pågick mellan 2007-2011 samlades en stor mängd data om nyanlända irakiernas hälsa in från åtta län i Sverige. Bland annat mättes kostvanor, fysisk aktivitet, BMI, psykisk hälsa och hälsorelaterad livskvalitet, samt nyttjandet av och förtroendet för hälso- och sjukvården (se sid 27). En stor kartläggning genomförs för närvarande inom ramen för MILSA 1 där bland annat självskattad hälsa, sjukdomar, läkemedelsanvändning, förändring i hälsa och sociala relationer hos nyanlända flyktingars i Skåne mäts (se nedan).¹⁵

2.1.2 MILSA

MILSA är en del av Partnerskap Skåne som är en regional utvecklingsplattform för ett rättighetsbaserat, inkluderande och tillväxtinriktat mottagande av flyktingar. Ett 50-tal samverkansparter är knutna till plattformens olika projekt. Utvecklingsarbetet samordnas av Länsstyrelsen. Partnerskap Skåne är en del av den regionala överenskommelsen (RÖK) och är även kopplat till den idéburna sektorn och överenskommelsen mellan Region Skåne och idéburen sektor samt till nationella plattformar för samverkan och utveckling.

MILSA leds gemensamt av Malmö Högskola och Länsstyrelsen Skåne i samarbete mellan myndigheter, lärosäten och idéburna organisationen med stöd av den Europeiska flyktingfonden. Utgångspunkten för arbetet inom MILSA är att hälsa är en förutsättning för nyanlända flyktingars möjligheter till delaktighet och etablering i samhället. Utvecklingsarbetet bedrivs i fyra simultana projekt som alla genomförs genom olika former av praktisk forskning.

I delprojekt 1 kartläggs nyanlända flyktingars hälsa för att öka kunskapen om hälsotillståndet hos personer som nyligen anlänt till Sverige och som omfattas av etableringslagen. Resultatet från kartläggningen kommer att implementeras i samhälls- och hälsokommunikatörernas program och fungera som stöd för Arbetsförmedlingen, hälso- och sjukvården samt för andra aktörer som arbetar med etablering och med att möta behovet av hälsofrämjande insatser hos nyanlända flyktingar.

Delprojekt 2 och 3 behandlar, arbets- och prestationsförmågebedömningar för nyanlända samt egenstyrd fysisk aktivitet inom ramen för etableringen.¹⁶ Aktuell förstudie sker inom ramen för delprojekt 4. Projektet syftar till att samla den kunskap och de

¹⁴ SOU 2002/03:35. <http://www.regeringen.se/contentassets/04207325e75943408c69a55643ea1d3e/mal-for-folkhalsan>

¹⁵ På lokal och regional nivå görs olika kartläggningar, bl a publicerade nyligen lanstinget i Östergötland en behovsanalys för asylsökande och nyanlända 2014

¹⁶ Mer information om projekten och kontaktuppgifter till ansvariga återfinns på: <http://www.lansstyrelsen.se/skane/Sv/manniska-och-samhalle/integration/partnerskap-skane/plattform-for-migration-och-halsa/>

erfarenheter som finns kring hälsokommunikation för att gemensamt kunna lyfta frågan om behovet av hälsokommunikation som en del av etableringen. Parallellt tar projektet fram rekommendationer för hur rollen som hälsokommunikatör kan utvecklas och professionaliseras.

2.1.3 Aktörer och samverkan

Samverkan kring de nyanlända flyktingars etablering sker på olika nivåer. Kommunerna har ett övergripande folkhälsoansvar för sina invånare, ett ansvar som även omfattar nyanlända. Kommunerna är också ansvariga för genomförandet av flera etableringsinsatser såsom samhällsorienteringen där en hälsodel ingår. Landstingen och regionerna är ansvariga för hälso- och sjukvården. Regioner, samordningsförbund och kommunförbund är samordnande organ för lokala aktörer.

På lokal nivå samverkar Arbetsförmedling, kommun, landsting och andra aktörer såsom Försäkringskassan och idéburen sektor. Samverkansformerna och respektive aktörs ansvarsområde definieras ofta inom lokala överenskommelser (LÖK:ar). Arbetsförmedlingen är ansvarig för att upprätta och samordna arbetet inom de lokala överenskommelserna.

På den regionala nivån utgör länsstyrelserna ett samordnande organ och ett stöd för utveckling av samverkan och frågor som är av särskild vikt i etableringen. Hälsa och migration utgör ett särskilt fokusområde för länsstyrelserna där man nationellt uppmärksammat behovet av stödjande insatser för en mer hälsofrämjande etableringsprocess genom exempelvis en modersmålsbaserad hälsokommunikation. Ett allt större antal regioner arbetar utifrån regionala överenskommelser (RÖK:ar). Ett område som kommuner framfört som angeläget för länsstyrelserna att arbeta med är regional samverkan kring nätverk och utbildningsinsatser inom ramen för samhällsorienteringen¹⁷.

På central nivå samarbetar myndigheter och parter inom mottagande och etablering av nyanlända flyktingar inom den s k Samverkansdelegationen. Samverkansdelegationen leds av Arbetsförmedlingen i samarbete med länsstyrelserna, Migrationsverket, Sveriges Kommuner och Landsting samt Försäkringskassan. Under Samverkansdelegationen finns ett antal arbetsgrupper, exempelvis arbetsgrupp hälsa och arbetsgrupp metodstöd. Den sistnämnda har tagit fram ett särskilt metodstöd som ska vägleda lokala parter i att ta fram lokala överenskommelser för att utveckla etableringen där hälsa uppmärksammas som en viktig fråga.¹⁸

2.2 Hälsofrämjande insatser och åtgärder i etableringen

Hälsofrämjande insatser som riktar sig till nyanlända flyktingar har vuxit fram utifrån lokala och regionala behov. Initiativ har då tagits av olika samhällsaktörer för att anpassa mottagandet till människors behov.

¹⁷ Samhällsorientering för nyanlända - Länsstyrelsernas gemensamma redovisning 2015

¹⁸ Utgångspunkter för lokala överenskommelser om nyanländas etablering, Metodstöd, rev våren 2015

Andra insatser har befästs och utvecklats genom lagar och förordningar. Insatser med ett definierat innehåll och ansvariga för utförandet och där viss finansiering medföljt insatsen, har lett till systematisering och spridning av insatsen. Samhällsorienteringen är ett exempel på en sådan åtgärd, som genom sin placering i etableringsprocessen når många nyanlända flyktingar.

2.2.1 Samhällsorientering

År 2010 tillkom lagen om etableringsinsatser för nyanlända flyktingar¹⁹, där samhällsorientering (SO) ingår som en obligatorisk del i etableringsplanen tillsammans med svenskundervisning (SFI) och andra aktiviteter som ska underlätta den nyanlända flyktingars etablering, t ex jobbförberedande aktiviteter. Information om hälsa och svenskt hälso- och sjukvårdssystem ingår i samhällsorienteringen som enligt förordningen ska ges under minst 60 timmar, företrädesvis på modersmål så snart som möjligt efter att en etableringsplan upprättats. Detta kan i sin tur ske tidigast när den nyanlända fått uppehållstillstånd.

Hälsa ingår under rubriken ”Att vårda sin hälsa i Sverige” som ett av åtta kunskapsområden som ska täckas. De övriga kunskapsområdena är: Att komma till Sverige, Att bo i Sverige, Att försörja sig och utvecklas i Sverige, Individens rättigheter och skyldigheter, Att bilda familj och leva med barn i Sverige, Att påverka i Sverige och Att åldras i Sverige.²⁰ I hälsoblocket ingår vanligtvis alltid information om migrationsprocessen, egenvård (kost och fysisk aktivitet) och att hitta rätt i hälso- och sjukvården i Sverige. En rad andra hälsorelaterade ämnen kan ingå beroende på kommunens önskemål och gruppens sammansättning. Förordningen talar om att innehållet, omfattningen och tyngdpunkten i varje del bör anpassas efter deltagarna och de lokala förutsättningarna. Många kommuner har, ofta i samverkan med andra aktörer valt att utöka antalet timmar som ägnas åt hälsokommunikation.²¹ Enligt länsstyrelsernas gemensamma redovisning över samhällsorientering för nyanlända 2015, anger 42 procent av kommunerna att nyanlända flyktingar har möjlighet att delta i hälsokommunikation på modersmål. Det motsvarar en betydande ökning mot 2012 då 23 procent av kommunerna angav att verksamheten fanns.²²

Ansvar för genomförandet ligger på kommunerna som samverkar med en rad aktörer, inte minst arbetsförmedlingen. Arbetsförmedlingen rapporterar deltagande till samhällsorienteringen till Arbetsmarknadsdepartementet och länsstyrelserna har ett övergripande återrapporteringsansvar till samma departement. Förordningen har lett till att en ny yrkesgrupp växt fram, samhällskommunikatörer (även kallade samhällsinformatörer). Samhällskommunikatören kan ha en akademisk utbildning eller motsvarande kunskaper, men rekryteras framförallt på grundval av t ex goda språkkunskaper och god kommunikationsförmåga. Samhällskommunikatören har också i

¹⁹ Lag om etableringsinsatser för vissa nyanlända invandrare SFS 2010:197

²⁰ Förordning om samhällsorientering för vissa nyanlända invandrare 2010:1138

²¹ Samhällsorientering för nyanlända - Länsstyrelsernas gemensamma redovisning 2015

²² Länsstyrelsernas rapport bygger på en enkät som skickas ut till landets samtliga kommuner. Svarefrekvensen var 84 %.

många fall genomgått kurser eller utbildningsmoment arrangerade av projekt/verksamhetsägaren eller genom dennes försorg.

Utökad samhällsorientering – exemplet Västernorrland

Hur hälsokommunikationen bedrivs hos de kommuner som erbjuder den varierar. I majoriteten av kommunerna (54 %) anordnas den inom ramen för samhällsorienteringen, där hälften erbjuder detta inom ramen för de 60 timmarna obligatorisk samhällsorientering och den andra hälften i ett utökat format inom samhällsorienteringen. I övriga kommuner bedrivs hälsokommunikationen som en separat insats.²³

I Västernorrland samordnas kommunernas samhällsorientering sedan 2012 med stöd av länsstyrelsen. Projektet har hanterat kvalitetssäkring, samnyttjande av kommunikatörer och distanslösningar. Sedan 2013 har ett parallellt projekt för fördjupad samhällsorientering bedrivits i Örnsköldsvik där kommunen tillhandahåller fördjupad samhällsorientering till alla nyanlända med totalt 194 timmar. En modell för kompetensutveckling baserad på 13 utbildningsmoduler inom områdena hälsa, relationer och arbete har tagits fram och genomförts vid upprepade tillfällen. För finansieringen står Samordningsförbundet i Örnsköldsvik. På detta sätt har hälsodelen utvidgats med 40 timmar. Totalt arbetar ett femtiotal samhällskommunikatörer på 27 språk. Projektet kommer att utvärderas ur ett socioekonomiskt perspektiv 2017.

2.2.2 Hälsoinformatörer och hälsokommunikatörer

Ett exempel på en tidig hälsofrämjande insats är internationella hälsoinformatörer. Hälsoinformatörer är personer som informerar om hälsofrågor och den svenska hälso- och sjukvården på deltagarens modersmål. De har ofta erfarenhet av migration och kan genom sina språkliga och kulturella kunskaper agera som brobyggare i synen på hälsa och olika hälso- och sjukvårdssystem. Verksamheten utvecklades av Region Skåne och Malmö Stad och spreds i Skåne med hjälp av nationella utvecklingsmedel. En annan närbesläktad, dock mindre spridd, insats är de så kallade kulturtolkarna som utvecklats av Folkhälsobyran Västerås och funnits sedan år 2000.²⁴

Skåne

De internationella hälsoinformatörerna startade redan år 2001 i Skåne och spreds sedan till andra delar av landet. Med tiden ändrades fokus från information till kommunikation, där dialogen med deltagaren fick större utrymme. Samtidigt ändrades namnet till internationella hälso-kommunikatörer, vilket sedermera förkortades till hälsokommunikatörer.²⁵ År 2008 utvecklade Länsstyrelsen i Skåne tillsammans med Region Skåne, Kommunförbundet i Skåne och länets kommuner verksamheten som döptes om till samhälls- och hälsokommunikatörer (SHK). SHK utvecklades inom utvecklingsplattformen Partnerskap Skåne och nya teman såsom utbildning, arbete och boende lades till hälsoteman som också vidareutvecklades. Parallellt med detta

²³ Se resultatdelen.

²⁴ <http://www.folkhalsobyran.se/kulturtolkar.shtml>

²⁵ Daryani, Löthberg, Modersmålsbaserad hälsokommunikation 2001-2011, Olika villkor- olika hälsa 2011

vidareutbildades SHK inom en rad områden. SHK:s verksamhet hade fram till 2011 stöd av den Europeiska flyktingfonden.

SHK:s insatser ska underlätta nyanlända flyktingars etablering och bidra till ökad hälsa. Det görs genom samhällsorientering och hälsokommunikation på modersmål och en rad andra insatser inom kommunal verksamhet, föreningar och hos privata aktörer. Inom samhällsorienteringen står SHK för de 32 teman som ingår där, med en utökad hälsodel.²⁶ Hälsodelen är baserad på nationella folkhälsoteman som kost, fysisk aktivitet, tandhälsa, migration och psykosocial hälsa, tobak, sex och samlevnad samt information om hälso- och sjukvårdssystemet. SHK deltar också i utvecklandet av annan verksamhet för målgruppen nyanlända flyktingar. Flera projekt har knutits till verksamheten, bland annat utbildning av föreningsinformatörer samt metodutveckling inom sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR). Idag finns SHK i fyra regionala knutpunkter (Malmö, Lund, Helsingborg och Kristianstad) som samordnar verksamheten för 27 deltagande kommuner.²⁷ SHK är organiserat som ambulerande team med kommunikatörer som utgår från Malmö och utför sitt arbete inom ramen för deltagande kommuners organisation.

”Skånemodellen” har uppmärksammats nationellt och internationellt för sina hälsofrämjande interventioner till nyanlända flyktingar och för sin positiva regionala samverkan. Länsstyrelsen i Skåne där SHK har sin hemvist, samt Region Skåne och deltagande kommuner står för finansieringen. Med inspiration från Skåne bedrevs Internationella hälsokommunikatörer också som ett projekt i Blekinge 2006-2007. Från december 2009 till december 2010 har det funnits hälsokommunikatörer även i Dalarna med lokalisering till Borlänge. Under 2013 fortbildade Länsstyrelsen i Skåne tolv samhälls- och hälsokommunikatörer från Blekinge. Projektet omfattar kommunerna Sölvesborg, Olofström, Ronneby och Karlskrona samt Tingsryd i Kronobergs län.

Östergötland

I Östergötland påbörjade hälsokommunikatörerna sin verksamhet år 2007. Verksamheten började som ett samverkansprojekt mellan landstinget och nio kommuner och samordnades av Regionförbundet Östsam. Hälsokommunikatörernas roll innefattar här att ge flyktingar och invandrare ökad förståelse för den svenska vårdens uppbyggnad samt en ökad kännedom om den egna hälsan och hälsofrämjande insatser. Liksom i Skåne är informationen som ges baserad på de nationella folkhälsomålen²⁸. Hälsokommunikatörerna ska även informera och underlätta för verksamheter som möter nyanlända. De medverkar i verksamheter som SFI, folkhögskolor, familjecentraler, skolan, invandrarföreningar och har även konsultativa uppdrag inom vården och för personal som kommer i kontakt med målgruppen inom t ex vården och skolan. Hälsokommunikatörerna står också för hälsodelen i samhällsorienteringen som ges i länet. Verksamheten utgår från Flyktingmedicinskt centrum i Norrköping och finansieras till hälften av landstinget (region Östergötland) och till hälften av de tretton kommunerna i länet. Flyktingmedicinskt

²⁶ Mer information: <http://www.lansstyrelsen.se/skane/sv/manniska-och-samhalle/integration/partnerskap-skane/samhallskommunikatorer/Pages/index.aspx>

²⁷ Våren 2015

²⁸ <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/folkhalsans-utveckling-malomraden/>

centrum tar emot asylsökande flyktingar och invandrare från hela länet, med psykiska eller psykosomatiska problem kopplade till trauma och migration.

Stockholm

I Stockholm startade projektet "Hälsokommunikatörer i Stockholms län" år 2010, vilket föregicks av ett regionalt projekt under 2009. Bakom projektet stod Hälso- och sjukvårdförvaltningen (HSF), tre samarbetskommuner (Stockholm, Huddinge och Södertälje), Länsstyrelsen i Stockholm samt Migrationsverket. Projektet finansierades till hälften av Europeiska Flyktingfonden. En särskild utbildning sjuösettes, där Karolinska Institutets folkhälsoakademi fick i uppdrag att genomföra en termins kommunikatorsutbildning (för kursinnehåll se bilaga 4). Ett tiotal hälsokommunikatörer utbildades. Arbetet är inriktat på hälsofrämjande åtgärder för att främja hälsa och förebygga ohälsa bland asylsökande och nyanlända flyktingar. Det övergripande syftet är att minska gapet i hälsoskillnader mellan svenskfödda och utlandsfödda. Efterhand har verksamheten vuxit med fler deltagande kommuner och med en struktur där hälsokommunikatörerna permanentades som verksamhet 2012. För finansiering står Stockholms Läns Landsting, SLL, och de kommuner som SLL tecknat avtal med. I dag arbetar hälsokommunikatörerna med en rad olika hälsoteman i 11 Stockholmskommuner. I likhet med Skåne och Östergötland tar man upp teman som att hitta rätt i sjukvården/tandvården, migration och hälsa, sexuell hälsa och samlevnad, levnadsvanor, familjehälsa och andra teman utifrån kommunens önskemål. Transkulturellt centrum som är en enhet under SLL ansvarar för verksamheten. I Transkulturellt centrumets verksamhet ingår att stötta vårdpersonal i transkulturella frågor, vilket görs genom konsultationer, utbildningar, information och handledning. Under 2015-2016 deltar hälsokommunikatörer också i samhällsorienteringen i Stockholms län. Detta görs inom ett projekt där Centrum för Samhällsorientering²⁹ utökat hälsokommunikationen med 12 timmar i samarbete med Transkulturellt Centrum.

2.3 Syfte, avgränsning och metod

Syfte

Syftet med förstudien är att kartlägga vilka modeller för hälsokommunikation som prövats i Sverige och erfarenheterna av dessa. I detta ingår att besvara frågor om kommunikatorers bakgrunder, vilka utbildningar som idag ges till gruppen samt vilka material och metoder som används. Slutligen ska förstudien sammanställa resultat av utvärderingar om modersmålsbaserad hälsokommunikation som genomförts. Förstudiens resultat ska lägga en grund för vidare arbete med modeller för stödjande resurssystem och förutsättningar, såsom exempelvis kompetensutveckling för kommunikatorer, format och

²⁹ Centrum för Samhällsorientering samordnar samhällsorienteringskurser för 25 kommuners räkning inom Stockholm län samt Häbo kommun i Uppsala län. Mer info: <http://nyistockholm.se/>

innehåll för utbildningar, uppföljningssystem samt regionalt och nationellt utvecklingsstöd, baserat på rekommendationer som utarbetas inom MILSA 4

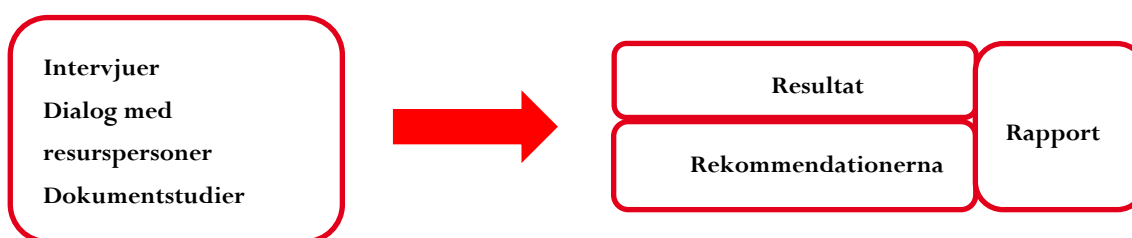
Avgränsning

Förstudien fokuserar på modeller för hälsokommunikation på modersmålet eller via tolk som har en koppling till nyanlända flyktingar i etableringen och samhällsorienteringen. Lokala ”punktinsatser” mot målgruppen ingår inte i kartläggningen. I bilaga 1 presenteras dock ett antal exempel på pågående eller nyss avslutade projekt som har anknytning till nyanlända flyktingars och invandrades hälsa. Sammanställningen av utvärderingar som presenteras i studien avser den modersmålsbaserade hälsokommunikation som hälsokommunikatörer och SHK står för. Hälsokommunikation som bedrivs i andra former och av andra yrkesgrupper omfattas inte.

Metod för datainsamling

Totalt intervjuades sjutton informanter (bilaga 2). Informanterna valdes ut genom lämplighetsurval. Ett antal länsstyrelser som geografiskt representerar olika delar av landet, norr, syd, väst och öst, uppmanades att föreslå lämpliga aktörer inom etablering, samhällsorientering och hälsokommunikation inom sina respektive län. Informanterna som valdes ut för intervju arbetade på läns-, region- eller kommunal nivå i funktioner med anknytning till studiens frågeställningar. Informanterna fick besvara ett antal semi-strukturerade frågor som skickats till dem i förväg (bilaga 3). Telefonintervjuerna gav informanterna möjlighet att fritt tala kring de frågor som ställdes och att berätta mer utförligt om vissa, för dem, särskilt viktiga aspekter. Datainsamlingen pågick mellan 10 mars 2015 – 15 maj 2015. Intervjuerna spelades in och transkriberades i relevanta delar.

Information har även samlats in från ett antal resurspersoner för MILSA (bilaga 2), samt inhämtats från rapporter och utvärderingar som är relevanta för studien. Tillgänglig data har analyserats och beskrivs i resultatdelen. Rapporten avslutas med ett antal rekommendationer för det fortsatta arbetet.



Figur 1. Förstudiens arbetsprocess

3. Resultat

I resultatdelen presenteras teman och subteman som diskuterats i intervjuerna med informanterna. Resultaten behandlar bland annat modeller och former som används för hälsokommunikation idag, kommunikatörernas bakgrund, anställningsformer och kompetensutbildning samt samverkansformer. Sist presenteras en sammanfattning av ett antal utvärderingar som gjorts om hälsokommunikation på modersmål och vad man kommit fram till.

| Tema | Subtema |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Varför hälsokommunikation? | |
| Vad ingår i hälsokommunikationsbegreppet? | |
| Modeller för hälsokommunikation - Inom samhällsorienteringen med hälsokommunikatörer - Inom samhällsorienteringen – med samhällskommunikatörer - Utanför samhällsorienteringen | Kommunikatörernas bakgrunder Anställningsformer Utbildning Material och metoder Samverkan |
| Vad säger utvärderingar om modersmålsbaserad hälsokommunikation? | |

Figur 2. Sammanställning - teman och underteman

3.1 Varför hälsokommunikation?

En viktig utgångspunkt är hur personer som arbetar med frågan resonerar kring behovet av hälsokommunikation och dess betydelse för de nyanlända flyktingarna. Ett tydligt övergripande resultat är att informanterna i studien anser att modersmålsbaserad hälsokommunikation är viktigt och nödvändig för målgruppen (även via tolk och undantagsvis på lätt svenska). Skälen som lyfts fram kan sammanfattas enligt nedan:

- Det är en rättighet. Rätten till information om hälsa och tillgången till hälso- och sjukvård
- alla ska ha samma rätt oavsett språkkunskaper. I förlängningen är detta en demokratifråga.
- Nyanlända flyktingar och särskilt asylsökande upplevs av intervjupersonerna ha stora behov, särskilt gällande den psykiska hälsan. Mer kunskap och bättre kontroll över den egna hälsan stärker egenmakten och förbättrar livskvalitén. Samtidigt möjliggör hälsokommunikation och annan orientering delaktighet på lika villkor och underlättar etableringen.
- Information och hälsopromotion och prevention är samhällsekonomiskt en god affär; preventiva och hälsofrämjande åtgärder förhindrar onödig användning av primär- och akutvård och minskar belastningen på hälso- och sjukvården överlag.

Eftersom hälsan är så sammanvävd med andra faktorer behövs en helhetssyn över etableringen. Till exempel anser många informanter att arbete och tillgång till bostad bör prioriteras i etableringen. Vissa informanter anser att de finns andra frågor såsom familj och relationer som är viktigare eller lika viktiga att stötta de nyanlända i. Kvalitén i hälsokommunikationen måste också kunna säkerställas. Någon menade att det behövs mer studier och samhällsekonomiska analyser som visar på nyttan av att utöka hälsokommunikationen inom etableringen.

3.2 Vad ingår i hälsokommunikationsbegreppet?

- Informanterna anser att hälsa är ett vitt begrepp och hälsokommunikationen kan inbegripa många delar; hälsobegrepp, risk- och friskfaktorer, olika former av egenvård, hur hälso- och sjukvården fungerar i Sverige mm. Det främjande och stödjande perspektivet i hälsokommunikationen nämndes av flera som lika viktigt som det preventiva, sjukdomsförebyggande.
- Vissa påpekar att det är viktigt att ha ett basutbud med information som rör alla, men att andra ämnen bör anpassas mot aktuell målgrupp (vilket också görs). Exempelvis behöver man inte ta upp ämnen som kvinnlig könsstympning med syrier eller tjetjener då sedvänjan inte förekommer hos dessa grupper.
- Informanterna anser att aktörer som möter nyanlända flyktingar t ex inom arbetsförmedlingen, kommunerna och sjukvården också bör få kunskap om hälsofrågor som är relevanta för målgruppen. På det sättet förbättras aktörernas kunskap om målgruppens behov och förutsättningar att ta till sig hälsokommunikation och andra insatser.
- Det råder enighet kring att all kommunikation, oavsett ämne, ska bedrivas i dialogform med deltagarna. Detta verkar också vara det vanligaste arbetssättet för kommunikatörer och informatörer.

3.3 Modeller för hälsokommunikation

Svaren från informanterna bekräftar att hälsokommunikation till gruppen nyanlända flyktingar bedrivs på många olika arenor och i olika former i Sverige idag. De modeller för hälsokommunikation mot nyanlända som prövats i Sverige kan delas in tre grupper:

- Hälsokommunikation inom ramen för samhällsorienteringen – med samhällskommunikatörer
- Hälsokommunikation inom ramen för samhällsorienteringen – med hälsokommunikatörer
- Hälsokommunikation utanför samhällsorienteringen

Nedan beskrivs de olika modellerna.

3.3.1 Hälsokommunikation inom samhällsorienteringen – med samhällskommunikatörer

I förstudien framträder hälsokommunikation inom ramen för samhällsorientering som den vanligast förekommande modellen för systematisk hälsokommunikation nationellt sett. Verksamheten finns i bland annat Västra Götaland, Kalmar, Gävleborg, Kronoberg, Västerbotten, Norrbotten m fl. Här står samhällskommunikatörerna för hälsoblocket som oftast ges enligt förordningen, dvs. inom de 60 obligatoriska timmarna. I vissa län har samhällsorienteringen och hälsoblocket utökats, till exempel i Örnsköldsvik med 40 timmar. En majoritet av de som inte hade ett utökat hälsoblock angav att detta var önskvärt.

Informanterna bekräftar bilden att sedan förordningen om samhällsorientering tillkom har fler kommuner börjat ge hälsokommunikation inom ramen för samhällsorienteringen. För att klara hälsokommunikationen samverkar samhällsorienteringen och samhällskommunikatörerna ibland med enheter inom hälso- och sjukvården. Det förekommer också att samhällskommunikatören arbetar självständigt med ämnet utifrån det material som tagits fram. På vissa håll, t ex i Kalmar län medverkar vårdpersonal i hälsokommunikationen via tolk (ofta samhällskommunikatören). Men vanligare är att enheter inom landstingen bidrar med utbildning av samhällskommunikatörer vilket sker t ex i Örnsköldsvik, Umeåregionen och i Västra Götalands län (se avsnittet ”Utbildning”).

3.3.2 Hälsokommunikation inom samhällsorienteringen – med hälsokommunikatörer

I förstudien har det framkommit att hälsokommunikation via hälsokommunikatörer idag förekommer i de tre län/regioner som haft hälsokommunikatörer sedan tidigare; Skåne, Stockholm och Östergötland. Verksamheterna uppvisar likheter, men också skillnader. I Skåne och Östergötland bedrivs verksamheten i längre projektperioder på tre år, något som ger verksamheten en stabil grund och i stora delar liknar ordinarie verksamhet. Verksamheten följs upp kontinuerligt och omförhandlas vart tredje år. I Stockholm bedrivs verksamheten i projektform under 2015-16.

I Östergötland och Stockholm finns hälsokommunikatörer som en separat yrkesgrupp jämte samhällskommunikatörerna. De är sex till antalet i Östergötland och åtta i

Stockholm och samtliga har en bakgrund inom vård- och hälsoområdet. Skåne har samhälls- och hälsokommunikatörer, så kallade SHK, som ansvarar för både samhällsorienteringen och hälsokommunikationen. SHK är tretton till antalet och har både medicinsk/vård och annan bakgrund.

I Stockholm och Skåne har hälsodelen inom samhällsorienteringen utökats. I Skåne ges ett hälsoblock på 20 timmar i tillägg till de ordinarie 60 timmarna samhällsorientering. I Stockholm ges under 2015-2016 ett utökat hälsoblock på 12 timmar i tillägg till ordinarie samhällsorientering på 60 timmar. För hälsoblocket ansvarar hälsokommunikatörer från Stockholms Läns landsting. I Östergötland uppgår för närvarande hälsokommunikatörernas medverkan i samhällsorienteringen till sex timmar, vilket upplevs som för lite tid för hälsa av både landstinget och kommunerna.

Gemensamt för de län som har särskilda hälsokommunikatörer och SHK är att de utöver samhällsorienteringen medverkar i andra hälsofrämjande projekt och insatser riktade till målgruppen nyanlända flyktingar och aktörer som möter dem.

3.3.3 Kommunikatörernas bakgrunder

Hälsokommunikatörerna har alla en grundutbildning inom vård och hälsa, vilket är ett av anställningskriterierna. Yrken som sjuksköterska, undersköterska, läkare, sjukgymnast eller folkhälsovetare finns representerade. Utbildningen och arbetslivserfarenhet från vården har hälsokommunikatörerna från hemlandet, Sverige eller både och. Samtidigt som vårdbakgrunden är viktig menar informanterna att goda kommunikativa egenskaper som kan främja dialog är av lika stor vikt. Därför tas stor hänsyn till det vid anställning och även vid val av vidareutbildningar. Goda kunskaper i modersmålet och svenska är också viktigt, även om det inte finns några formella krav. När det gäller samhälls- och hälsokommunikatörer (SHK) har en del vårdutbildning men inte alla. Det är inte ett formellt krav, kriterierna för anställning är här istället någon form av högskoleutbildning, pedagogisk förmåga, engagemang i föreningslivet och arbetslivserfarenhet.

Samhällskommunikatörerna har i likhet med SHK en mer blandad bakgrund. Men vissa kriterier och önskade egenskaper delas också med hälsokommunikatörerna. De flesta informanterna redovisar att det är ett krav att samhällskommunikatören ska ha en eftergymnasial utbildning från hemlandet; samhällsvetenskaplig, beteendevetenskaplig, pedagogisk eller motsvarande. Många är lärare, modersmållärare och tolkar, men yrken som ingenjör, läkare, psykolog och ekonom förekommer också. Goda kunskaper i modersmålet och i svenska är viktigt, men inte ett formellt krav hos någon av informanterna. Vissa informanter anställer inte efter några formella kompetenser utan efter personliga egenskaper och kompletterar med egen internutbildning. Faktorer som god kommunikationsförmåga, samhällsengagemang, empati och egen erfarenhet av att vara flykting premieras här. Någon poängterade att samhällskommunikatören måste ha en god kunskap om och förståelse för Sverige och att det krävs att man bott i Sverige i sju till åtta år för att få det.

3.3.4 Anställningsformer

De flesta samhällskommunikatörerna är timanställda i de verksamheter som informanterna representerar. Några är tillsvidareanställda på heltid eller deltid. Anställningsformen är ett

dilemma för de kommuner och verksamheter som hittat kvalificerade kommunikatörer eftersom de ofta kan söka sig vidare till andra yrken som erbjuder bättre anställningsvillkor. Många försöker att hitta lösningar med kombinerade anställningar t ex med samhällsorientering och modersmålsundervisning, SFI-stöd och tolk för att nå upp till fler timmar och stabilare anställningar. Informanter som representerar län utanför storstäderna menar att de till skillnad från storstadsregionerna inte har tillräckligt många deltagare per språk för att anställa. Bland de aktörer som medverkat i förstudien är det vanligaste att samhällskommunikatörerna är anställda av enskilda kommuner. Andra arbetsgivare är privata aktörer och kommun- eller regionförbund. Anställningens hemvist beror på hur kommunerna har valt att organisera sin samhällsorientering.

Gemensamt för hälsokommunikatörerna och SHK är att deras anställningsformer är trygga; nästan alla har en tillsvidareanställning. Heltid är det vanligaste, men även deltid förekommer. Vissa projekt- och timanställningar finns även om det är under en begränsad period. Hälsokommunikatörerna är anställda av sina respektive landsting, medan SHK är anställda av Länsstyrelsen Skåne.

Informanterna ser att det är viktigt att kunna tillsvidareanställa personal för att behålla kompetensen. En fast anställning gör att kommunikatörerna kan bygga upp sin erfarenhet och göra karriär inom yrket. Samtidigt möjliggör det större satsningar på utbildning och vidareutbildning; dels blir det möjligt för kommunikatörerna att delta i längre utbildningar inom ramen för sitt arbete, dels behålls den kompetens som fås inom verksamheten. Men även om målsättningen är att anställa tillsvidare eller på fast basis så är inte detta alltid möjligt eftersom uppdragen varierar i omfattning. Beroende på vilka som beviljas uppehållstillstånd kan vissa språk som till exempel tidigare haft många deltagare, minskar medan andra ökar. Dessa förändringar är ibland svåra att förutsäga, vilket utgör hinder för såväl långsiktig planering som för längre anställningar.

3.3.5 Utbildning

Många kommuner, landsting och andra arbetsgivare satsar på introduktionsutbildningar och internutbildningar för sina hälsokommunikatörer och samhällskommunikatörer. En av anledningarna till det som nämns av informanterna är kommunikatörens³⁰ roll uppfattas som komplex. Dels har kommunikatören att ta hänsyn till deltagare med ibland olika utbildningsbakgrund i samma klassrum, dels omfattar undervisningen en rad olika ämnen oavsett om det handlar om enbart hälsa, samhällsorientering, eller både och. Alla län som är representerade i studien har introduktionsutbildningar för sina nyanställda kommunikatörer antingen innan de börjar arbeta eller under den första tiden. Vanligen ingår pedagogik och metodik samt de ämnen som ingår i samhälls- och hälsokommunikationen. Det är också vanligt att nya kommunikatörer får ”gå med” mer erfarna. Storstadsregionerna som i större utsträckning har fast anställda kan satsa mer på kompetensutveckling och fortbildning. I Skåne, Stockholm, Östergötland³¹, Göteborg och Västernorrland (Örnsköldsvik) ges

³⁰ Med kommunikatör avses både hälsokommunikatörer och samhällskommunikatörer. I övrigt anges typ av kommunikatör.

³¹ I bilaga 5 ges exempel på kompetensutveckling som gavs till samhällskommunikatörer i Östergötland 2012.

kompetensutbildningar i ganska stor omfattning. Ett stort antal aktörer står för fortbildningen:

- Landstingen är en utbildningsaktör inom hälsoområdet inom vissa län och utbildar kommunikatörer inom bland annat migrationshälsa, folkhälsa, vuxenpsykiatri, mödravård, barn och familj. Primärvården deltar också i utbildningsinsatser. I Stockholm gavs under 2014 en omfattande fortbildning till hälsokommunikatörer med många av de ämnen som ingick i hälsokommunikationsutbildning från 2010 (se bilaga 4). Bland annat ingick folkhälsoarbete, dialogpedagogik, levnadsvanor, sundkurs, psykisk hälsa och våld i nära relationer. Fortbildningen arrangerades av centrum för epidemiologi och samhällsmedicin vid SLL i samarbete med Karolinska Institutet.
- Transkulturellt centrum i Stockholm arrangerar konferenser, nätverksmöten och utbildningar inom en rad ämnen som berör olika aspekter av hälsa, migration och interkulturella frågor. Utbildningarna omfattar fastställda utbildningsprogram, även webbaserade, "skräddarsydda" utbildningsinsatser och enskilda föreläsningar.
- Universiteten står för en del utbildningar. I Göteborg har ett stort antal samhällsinformatörer³² gått en utbildning i pedagogik och metodik med fokus på inkludering och att möta nyanlända. Kursen som är på 7.5 poäng ges av Högskolan Väst. En del har även gått en pedagogik och metodikkurs som ges av Göteborgs universitet (7.5 p). I Skåne har många SHK deltagit i en kurs som ges av Lunds universitet "Hälsofrämjande arbete i det mångkulturella samhället". Stockholms universitet ger sedan 2011 en specifik utbildning till blivande samhällskommunikatörer(30-45 p)³³. Tidigare Högskolan i Växjö (idag Linnéuniversitetet) och Yrkeshögskolan i Hudiksvall har arrangerat kurser och utbildningar med pedagogisk inriktning som samhällskommunikatörer deltagit i. Akademiska utbildningar kräver vanligtvis grundläggande behörighet för antagning.
- Länsstyrelser, kommunförbund och samordningsförbund arrangerar utbildningsdagar, temadagar, nätverksträffar och konferenser inom olika aktuella områden. Länsstyrelsen i Skåne och Partnerskap Skåne har anordnat ett stort antal utbildningar både inom och utanför MILSA. Likaså anordnar samordningsförbundet i Örnsköldsvik en satsning på utbildning inom ramen för sin utökade samhällsorientering.
- Socialstyrelsen och andra myndigheter erbjuder vissa utbildningar och webbutbildningar.
- Ideell sektor och studieförbund utbildar också i olika frågor liksom privata aktörer.

Även om storstadsregionerna satsar mer på fortbildning är behoven av utbildning och kompetensutveckling för kommunikatörer i stort sett desamma över hela landet. Många

³² I Göteborg kallas de samhällsinformatörer (inte samhällskommunikatörer).

³³ Sedan 2013 ges denna utbildning som uppdragsutbildning.

upplever att det saknas en strukturerad och samordnad kompetensutbildning för yrkesgruppen, vilket gör att kvalitén blir ojämn över landet. Anställningsförhållandena hänger ihop med utbildningsfrågan. Kommuner med timanställda kommunikatörer har svårt att hitta tid och anpassade utbildningar. Det är också svårt för dem att bekosta utbildningar för timanställda som eventuellt inte stannar kvar. Att skicka kommunikatörer på utbildningar på andra orter blir särskilt kostsamt, speciellt för de som befinner sig långt ifrån storstadsregionerna. Likaså att arrangera egna utbildningar flera gånger per år. Gemensamma utbildningar ses som både kostnadsbesparande och kvalitetsutjämnande i landet. Värdet i att stärka kommunikatörerna på olika sätt i sina roller ses som viktigt av alla.

- Informanterna som representerar verksamheter med renodlade hälsokommunikatörer (Stockholm och Östergötland) förespråkar en särskild yrkesutbildning till hälsokommunikatör med en akademisk grund, likande den som gavs inom projektet "Hälsokommunikatörer i Stockholm län". Argumenten för detta är dels att hälsokommunikatören behöver ha en hög kunskapsnivå för att klara sin komplexa roll, och dels för att kunna skapa förtroende hos deltagaren.
- I de län som saknar hälsokommunikatörer och förutsättningar för detta, anser man detta inte skulle komma dem till nytta, utan förespråkar istället lättillgängliga och icke kostsamma utbildningar och fortbildningar för kommunikatörer, både inom hälsa och i andra ämnen i samhällsorienteringen. Informanterna menar att många vill arbeta med den grupp kommunikatörer som de redan har. Ett krav på en akademisk utbildning skulle exkludera till exempel de som inte har grundläggande behörighet för högskolestudier.
- Viljan att ha en likvärdig och hållbar utbildning över hela landet är ett tydligt resultat. Det skulle i förlängningen kunna bidra till en likvärdig hälsokommunikation och samhällsorientering för nyanlända flyktingar oavsett var de bosätter sig i landet. Webbaserade distansutbildningar efterfrågas av många på grund av kostnads- och tidseffektiviteten. Detta skulle till exempel kunna ske genom en gemensam webbaserad utbildningsplattform, med några fysiska träffar lokalt. Samtidigt anser en del att det personliga mötet är viktigt och förespråkar utbildningar på plats med förankring i lokala lärosäten och högskolor.

3.3.6 Material och metoder för utbildning av kommunikatörer

För internutbildningar använder en del material som de själva tagit fram medan andra använder nationellt spridda material som "Va Med! "Om Sverige"³⁴ och annat webbaserat material. I Göteborg finns en nyligen lanserad webbaserad plattform för samhällsorienteringen som inkluderar utbildningsmaterial för framförallt samhällskommunikatörer.³⁵ Även tryckt material används, bland annat en metodbok för att leda grupper på olika språk. Utbildningar ges i olika former; föreläsningar,

³⁴ <https://www.informationsverige.se/Svenska/Samhalle/Sidor/Boken-Om-Sverige-p%C3%A5-flera-spr%C3%A5k.aspx>

³⁵ <http://samhallsorientering.se/>

handledning, webbaserad information, filmer, i dialogform och diskussionsform. Andra metoder som omnämns är ”skuggning” och studiebesök. Uppläggen på utbildningsinsatserna varierar stort; de ges i både hel- och halvdagar, som intensivkurser och under längre perioder, enstaka föreläsningstillfällen, självstudier mm. Några informanter talade om behovet av att utveckla och kvalitetssäkra material och metoder för att säkerställa att man når ut till målgruppen på ett bra sätt.

3.3.7 Samverkan

Informanterna fick svara på frågan om hur och med vilka de samverkar för att erbjuda hälsokommunikation och samhällsorientering. De flesta samverkar i lokala och regionala överenskommelser där kommuner, regioner/landsting, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Socialtjänsten, idéburen sektor m fl. deltar. En del upplever att samverkan blivit smidigare och att det finns ett intresse av att stärka kvalitén i olika etableringsinsatser. I en del län där samhällsorienteringen finansieras av i huvudsak medverkande kommuner, deltar landsting med utbildningsinsatser inom hälsområdet. De deltar då med tid och personalresurser i överenskommelse med kommunerna eller deras samordnade organ.

De län där kommuner samordnat sina hälsokommunikations- och etableringsinsatser ser stora fördelar med detta, ett exempel är att man kan få fler deltagare till olika språk och hitta lösningar för deltagare i mindre vanliga språk. Projekt som startas får också en bättre och bredare förankring. Skåne har gått ett steg längre i samverkanstermer genom det partnerskap man etablerat (Partnerskap Skåne). Det har i sin tur knutits till den övergripande regionala överenskommelsen för Skåne län om samverkan kring utveckling av etablering för asylsökande, flyktingar och andra invandrare. Samverkan har här gett upphov till ett stort antal hälsofrämjande insatser och projekt med lokal och regional förankring. I Stockholm har utökningen av hälsokommunikationen inom samhällsorienteringen kommit till stånd genom ett samverkansprojekt mellan landstinget och centrum för samhällsorientering. Projektet finansieras av länsstyrelsens utvecklingsmedel.

Andra upplever att samverkan behöver stärkas. Till exempel nämns att Arbetsförmedlingens samverkan med kommunerna bör främjas för att säkerställa att personer som har rätt till samhällsorientering också får insatsen inom sin etableringsplan. De län som har hälsokommunikatörer uttrycker att samverkan med kommunerna är viktig då de är uppdragsgivare och finansierar delar av hälsokommunikatörernas verksamhet. Dock upplever en del att kommunerna anser att hälsa enbart är landstingens ansvar. Från vissa kommuners sida upplevs å andra sidan att landstingen inte alltid ser sin roll i den hälsokommunikation som finns inom ramen för samhällsorienteringen.

Avslutningsvis är informanterna eniga om att bättre samverkan mellan parter/aktörer i etableringen behövs för att nå ut med hälsokommunikationen till målgruppen och för att utöka den. Vissa menar att en utökning av hälsokommunikationen inom ramen för samhällsorientering bara kan ske med utvecklingsmedel och med kommuner, landsting och andra aktörer som samverkar och samfinansierar. Men de efterlyser en tydligare

ansvarsfördelning kring arbetet med de nyanlända flyktingars hälsa. Man frågar sig vem som äger hälsofrågorna och deras finansiering inom etableringen.

3.3.8 Hälsokommunikation utanför samhällsorienteringen

Vissa av insatserna som beskrivs här ingår i etableringen och arbetsförmedlingens utbud medan andra inte gör det. Gemensamt är att de har en tydlig inriktning mot, eller till stor del omfattar nyanlända flyktingar. Till skillnad från samhällsorienteringen är de inte obligatoriska aktiviteter och når därför bara vissa nyanlända.

Hälsokommunikatörernas ”ordinarie” verksamhet

Både hälsokommunikatörerna i Stockholm och de i Östergötland deltar i ett stort antal insatser utanför samhällsorienteringen inom sina respektive länen. Det kan vara informationsinsatser som riktar sig till nyanlända flyktingar i kommuner, på SFI, studieförbund, vårdcentraler, organisationer mm. De deltar också i konsultativa uppdrag mot aktörer inom sektorn. Verksamheterna beskrivs i avsnittet ”hälsoinformatörer och hälsokommunikatörer” (sid 9).

Hälsoundersökningar

Hälsoundersökningar är en icke obligatorisk insats³⁶ som ofta utförs i anslutning till ansökan om asyl, alltså innan den nyanlända flyktingen fått sitt uppehållstillstånd. Den ingår inte formellt i etableringen, men många aktörer betraktar ändå hälsoundersökningarna som en hälsokommunikativ insats mot gruppen nyanlända flyktingar.³⁷ Hälsoundersökningen som faller under landstingens ansvar ska innefatta ett individuellt hälsosamtal om den undersöktes hälsa med avseende på tidigare och nuvarande fysiska och psykiska hälsotillstånd. I hälsoinformationen ska också ingå information om hälso- och sjukvården samt tandvården och hur man gör för att komma i kontakt med vården.³⁸ Hälsoundersökningen ska utmynna i en medicinsk bedömning av behovet av vård som inte kan anstå, råd, stöd eller andra åtgärder enligt smittskyddslagen.

Hälsoguider och hälsotek

Hälsoguider finns i Västra Götaland och är en verksamhet som delas mellan Göteborg Stad och Västra Götalandsregionen. En hälsoguide är en frivillig, icke-professionell vägvisare till en bättre hälsa som guidar på modersmålet eller på lättare svenska. I dagsläget täcks 15 språk. De ska kunna förmedla information och lokalkännedom, inspirera och motivera men även fånga upp behov från målgruppen och återkoppla dessa. Verksamheten är inspirerad av samhälls- och hälsokommunikatörerna i Skåne, men skillnaden är att guiderna arbetar på volontär basis även om de kan ta vissa arvoderade uppdrag. De arbetar utifrån sina nätverk; grannskap, hyresgästföreningar, SFI och invandrarföreningar och tar arvoderade uppdrag när kommunen behöver gå ut med viss information, t ex en mammografikampanj. Utöver att inspirera till ett hälsosamt liv, planerar hälsoguiderna

³⁶ Bygger på Lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m fl. Enligt 2011 års statistik från Sveriges kommuner och landsting (SKL) deltog endast 54 % [17].

³⁷ Samhällsorientering för nyanlända - Länsstyrelsernas gemensamma redovisning 2015

³⁸ SOSFS 2011:11. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökning av asylsökande m fl., <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2011-11>

friskvårdaktiviteter såsom skridskoåkning, matlagning eller cykelskola. Över 60 hälsoguidar har utbildats och certifierats efter att ha genomgått en utbildning i hälsosam livsstil under de två år som projektet funnits. Satsningen är ett samarbete mellan Hälso- och sjukvårdstjänsten i Nordöstra Göteborg och Angereds Närsjukhus. Hälso- och sjukvårdstjänsten är en del av det kommunala folkhälsoarbetet och finns över hela Göteborg. De erbjuder alla invånare hälsorådgivning och hälsofrämjande aktiviteter och är inte inriktade på nyanlända flyktingar specifikt. Hälsoguiderna får utbildning via hälso- och sjukvårdstjänsten och Angereds närsjukhus under en längre tid. Verksamheten tillkom på initiativ av hälso- och sjukvårdsnämnden och stadsdelsnämnderna.

Hälsoskolan

Hälsoskolan Aktiv finns för närvarande i Västra Götaland och är ett projekt som ska underlätta för nyanlända flyktingar att komma in på arbetsmarknaden. Den har även bedrivits i Södertälje och Malmö. Tanken är att nyanlända genom ökad kunskap om hälsa samt träning ska få en bättre grund för att komma vidare i sina etableringsplaner. Kursen består av sju träffar med olika teman. Metoden går ut på att deltagarna får träffa och genom tolk samtala med sjukvårdspersonal om migration, stress och hälsa. De får träffa bland annat sjuksköterska, läkare, barnmorska och psykolog. Efter detta följer en träningsperiod på sju veckor där deltagarna får träna på gym två dagar i veckan. Hälsan utvärderas innan kursen och i två eftermätningar. Metoden har utvecklats vid Harvard Medical School och beskrivs som en pedagogisk och evidensbaserad metod med kognitiva inslag. Projektet Hälsoskolan initierades 2012 av Primärvården i Göteborg, Flyktingmedicinsk mottagning samt Primärvårdsrehab och en kursledare som är placerad på Flyktingmedicinsk mottagning anställdes. Projektet drivs i nära samarbete med arbetsförmedlingen och riktar sig till personer med särskilda behov.

Hälsospåret SFI

Hälsospåret finns som ett tillval till SFI Västerås och har också funnits i Uppsala och Malmö. Målgruppen är nyanlända med fysisk och psykisk ohälsa som hindrar dem att fullfölja svenskundervisningen för invandrare, SFI. Med en anpassad undervisning med tydligt fokus på hälsa och egenvård fångar man upp personer, som annars riskerar att fastna i passivitet och rundgång i sjukvårdssystemet. Här är utgångspunkten att stärka hälsan för att skapa bättre förutsättningar för inläring. SFI varvas med gympass, andra fysiska aktiviteter, datakurs och konversation. Hälsotemat är genomgående, det handlar om att förbättra kostvanor, öka den fysiska aktiviteten och förstå kroppens reaktioner på stress och oro. Deltagarna erbjuds också att delta i samtalsgrupper ledda av professionella samtalsledare ur projektets nätverk, tillsammans med tolk. I Uppsala samarbetade Hälsospåret med Röda korset och Nyby Vision, en verksamhet inom den sociala ekonomin som tagit över en del av verksamheten (se bilaga 1). I Malmö finns idag SFI undervisning som riktar sig till grupper med särskilda fysiska (s k må "bra grupper") och anpassningar till deltagare med psykiska behov, dock inte under namnet hälsospåret.

Migrationskolan

Migrationskolan är en del av kunskapscentrum för demenssjukdomar vid Skånes universitetssjukhus. De arbetar med kunskapsspridning, utveckling och forskning för att

höja kunskapen om demenssjukdomar och anpassa demensvården så att personer med utländsk bakgrund ska få lika god demensvård som personer födda i Sverige. Studier visar nämligen att personer med utländsk bakgrund söker vård för minnesproblem i mindre utsträckning än förväntat. Socialstyrelsen skriver också i en nyligen genomförd utvärdering om demenssjukdomar³⁹ att det saknas insatser som är särskilt anpassade för personer med annat modersmål än svenska. Migrationsskolan har bland annat tagit fram information och webbutbildningar på åtta språk⁴⁰ som stärker kunskapen om demenssjukdomar hos både personer som är drabbade av sjukdomen och deras anhöriga. I utbildningen som baseras på en film ges information om hjärnans anatomi, de vanligaste demenssjukdomarna, symptom, beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD) samt bemötande. Migrationsskolan startades i projektform, *Migrationsskola för demensvården i Öresundsregionen* och var under perioden 2011- 2014 delfinansierat av den Europeiska Regionala Utvecklingsfonden. Sedan 2014 finansieras Migrationsskolan av Region Skåne.

Projekt inom Partnerskap Skåne

Inom Partnerskap Skåne och MILSA pågår som tidigare nämnts ett stort antal projekt som syftar till att främja hälsa hos asylsökande, nyanlända och andra invandrare. Se avsnittet ”MILSA” (sid 7).

Projektet MILSA 3 är inriktat på att öka nyanlända flyktingars möjlighet till egenstyrd fysisk aktivitet inom ramen för etableringen. Projektarbetet fokuserar på att utveckla metoder och identifiera hälsofrämjande fysiska aktiviteter som provats av deltagare och som upplevts som meningsfulla. Ett flertal aktiviteter så som stegräknare, besök till friluftsområden och motionscenter provas och utvärderas nu kontinuerligt av projektledaren tillsammans med samhälls- och hälsokommunikatörerna i direkt relation till målgruppen.

Under 2013-2014 utvecklades projektet Nätverk, Aktivitet, Delaktighet (NAD) som är ett samarbete mellan offentlig och idéburen sektor. Inom NAD utvecklas nya metoder för hur idéburen och offentlig sektor kan samverka inom ramen för etableringen för att kunna erbjuda nyanlända flyktingar möjligheten att komma ut i föreningslivet och på så vis stärka sina sociala nätverk, träna på svenska språket och förbättra sin hälsa. Genom att få tillgång till och delta i olika aktiviteter kan nyanlända knyta kontakter och bygga sociala nätverk. Föreningar, studieförbund, folkhögskolor, samfund, kooperativ, sociala företag och andra idéburna organisationer utgör mötesplatser där människor med olika bakgrund samlas kring gemensamma intressen. För att underlätta för nyanlända flyktingar att hitta till dessa sammanhang utvecklar projektet NAD strategiska samarbeten mellan offentliga och idéburna aktörer. Träffar läggs in i etableringsplanen och matchning sker utifrån deltagarens intresse och behov. Region Skåne har beviljats medel från sociala investeringsfonden för att växla upp verksamheten så att den blir tillgänglig i hela länet.

I Skåne arbetar man också med en integrerad preventionsmodell för psykosocialt stöd (PREMO) vars syfte är utveckla, etablera och sprida en modell för rehabilitering och

³⁹ Vård och omsorg vid demenssjukdom 2014, Socialstyrelsen

⁴⁰ Utbildningarna är gratis och finns här: <http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Skanes-universitetssjukhus/Organisation-A-O/kunskapscentrum-for-demenssjukdomar/Migrationsskola/Webbutbildning/>

förebyggande/hälsofrämjande arbete på det psykosociala området, med tonvikt på migranter med traumatisk bakgrund och speciella behov av psykosocial karaktär. Målgruppen är nyanlända flyktingar som är inskrivna på Arbetsförmedlingen och som på grund av någon form av psykisk ohälsa inte kan tillgodogöra sig de aktiviteter och insatser som finns inom etableringen. Modellen bygger på en kombination av åtgärder i form av hälsokommunikation, främjande insatser inom föreningslivet, studiecirkel och behandling som integreras och samordnas till en helhet.

Kulturtolkar

Kulturtolkar finns framförallt i Västerås och arbetar i likhet med hälso- och samhällskommunikatörer med att förmedla kunskap via modersmålet. En kulturtolk är en tolk och informatör i ett. De tolkar inte ord för ord utan förklarar och förmedlar utifrån sin dubbla kulturkompetens innehållet i ett samtal eller en åtgärd. De agerar som brobyggare mellan aktör och målgrupp och kan hjälpa till när kommunikationen brister. Kulturtolken tolkar signaler utifrån ett kulturellt perspektiv och har samma referensramar som målgruppen vilket skapar förutsättningar för en bra dialog, samtidigt som de är insatta i hur det svenska samhället och svenska myndigheter fungerar. Kulturtolkar anlitas av kommuner och landsting inom en rad områden och frågor inom socialtjänst, sjukvård, skola, och även samhällsorientering. Kulturtolkarna finns på 15 språk och är anställda av Folkhälsobyrå som är ett idéburet företag.

3.4 Vad säger utvärderingarna om modersmålsbaserad hälsokommunikation?

Förstudien har tittat på ett antal utvärderingar som granskat utfallet av hälsokommunikation som bedrivits på olika håll i landet och inom olika projekt där hälsokommunikatörer och SHK deltagit. Mycket har hänt inom hälsoområdet de senaste åren, inte minst i relation till etableringen och därför kan en del av de aspekter som beskrivs i utvärderingarna såsom till exempel de organisatoriska, ha utvecklats eller förändrats.

Stockholm

År 2012 gjordes en utvärdering av projektverksamheten med hälsokommunikatörerna i Stockholms län 2010-2011⁴¹. Utvärdering av verksamheten ägde rum på olika arenor där SFI, Jobbtorg och kommunala introduktionsprogram var de vanligaste. Både deltagare, hälsokommunikatörer, projektledare och andra samarbetsparter intervjuades. De viktigaste resultaten från utvärderingen var:

Process- och organisationsnivå:

- Det samarbete som skapats mellan olika aktörer och organisationer upplevdes som värdefullt i sig. Dock upplevdes den övergripande ansvarsfördelningen för hälsofrågorna inom mottagandet och etableringen som oklar av aktörerna.⁴²

⁴¹ Baker, Allebeck, Hälsokommunikatörer i Stockholms Län 2010-2012

⁴² Detta tas också upp i Länsstyrelsen i Stockholms rapport från 2011, Utan hälsa, ingen etablering – hälsans roll i etableringsarbetet

Landstinget upplevdes som rätt aktör att äga och driva verksamheten. Även kommuner och Arbetsförmedlingen ansågs behöva ta ett ansvar för verksamheten och dess finansiering.

- Aktörer och samarbetspartner var nöjda med arbetet och upplevde att insatsen når fram. Information och kommunikation på modersmålet i gruppform upplevdes som rätt arbetsmodell av huvudaktörerna. Flexibilitet och utrymme att anpassa arbetet efter olika gruppers behov upplevdes som viktigt.
- Man önskade ett förtydligande av hälsokommunikationens ramar och målsättningar på individ- och gruppnivå, liksom kring hälsokommunikatörens roll. Att förmedla information genom dialog och verka som vägvisare uppfattades dock som centralt i rollen.
- När det gäller hälsokommunikatörernas bakgrund och kompetens rådde en enighet kring att förmågan att kommunicera är lika viktig som det specifika sjukvårdskunskandet.
- Samarbetet mellan hälsokommunikatörerna och arenor som de verkat på (t ex SFI) upplevdes som välfungerande, det enda undantaget var primärvården⁴³.
- Stress och mental hälsa kopplat till socio-ekonomiska utmaningar bedömdes dominera ohälsobilden enligt hälsokommunikatörerna och andra aktörer.

Målgrupps/individnivå

- En stor majoritet av målgruppen upplevde träffarna med hälsokommunikatörerna som positiva. De som träffat dem sent efter ankomsten till Sverige och vid enstaka tillfällen upplevde generellt insatsen som mindre positiv.
- Deltagarna uttryckte att hälsokommunikatörerna är angelägna om att de ska förstå och ger utrymme för dem att bidra och diskutera. Ämnen som behandlades upplevdes som relevanta och deltagarna har haft möjlighet att påverka dessa. Bildmaterialet som användes i presentationerna var särskilt uppskattat och gjorde intryck på målgruppen.
- En stor andel av deltagarna kunde nämna något nytt som de lärt under träffarna. De vanligaste områden som nämndes var egenvård/stress, barnuppfostran, könsstympning och kost.
- Majoriteten rapporterade även att de använt kunskapen som de fått och gjort någon förändring. De områden som man nämnde att man hade förändrat beteende eller inställning i störst utsträckning var kost, egenvård, stress/sömn, fysisk aktivitet och könsstympning.
- Utvärderaren menar att det inte går att verifiera i vilken utsträckning målgruppen påverkats av hälsokommunikation och genomfört förändringar.

⁴³ Anledningar som diskuteras i rapporten är bl a svårigheter att identifiera nyanlända efter att de fått permanent uppehållstillstånd och låg medvetenhet om nyanlända gruppers behov och hälsoproblematik.

Hälsokommunikatörernas arbetssätt (gruppbaserat) skiljer sig också från vårdens (individperspektiv).

Men sammantaget talar resultaten för det, då deltagarna dels kommit ihåg diskussioner, dels upplever att de fått ny kunskap som de använt.

Östergötland

I Östergötland genomfördes under 2008 två utvärderingar av hälsokommunikationen i länet⁴⁴. Det är viktigt att komma ihåg att verksamheten vid det tillfället bara funnits i ett år. Den ena utvärderingen (Stenberg) var en processutvärdering där både aktörer och målgrupp medverkade. Den andra utvärderingen byggde på fokusgruppdiskussioner med målgruppen. Utvärderingarna har tittat på verksamhet som skett inom framförallt kommunala arenor såsom SFI, Komvux, familjecentraler. De viktigaste resultaten från dessa utvärderingar var:

Process- och organisationsnivå:

- Träffarna uppskattades både av deltagare och aktörer och ledde till en ökad efterfrågan inom främst kommunala verksamheter.
- Ett tydligt pedagogiskt koncept för hälsokommunikation togs fram till serier av informationsträffar på modersmål eller ibland på lätt svenska.
- Kontakten mellan landstinget och hälsokommunikatörerna var liten, verksamheten skedde delvis fristående från annan landstingsverksamhet.

Trots att det var svårt att hitta möjligheter inom landstinget för hälsokommunikatörsinsatser, och att verksamheten anpassats till kommunal verksamhet ansågs projektet nästan undantagslöst vara en landstingsverksamhet av kommunala aktörer. Man angav inte heller att den egna (kommunala) verksamheten skulle finansiera eller medfinansiera.

Målgrupps/individnivå

- Deltagarna framhöll vikten av att få information och utbyta erfarenheter utan att ha språket som ett hinder. Just modersmålet gjorde det möjligt för deltagare att förstå allt som säs (till skillnad från information på lätt svenska), diskutera och ställa frågor. Det gav deltagarna en ökad känsla av trygghet.
- Deltagarna uppgav att de fått ny kunskap om hälsofrågor samt om hur vården fungerar. Deltagare uppgav att deras uppfattningar om och förståelse för vården förbättrats genom hälsokommunikatörerna.
- Flera uppgav att träffarna lett fram till ett förändrat beteende angående exempelvis kost, tandhygien och motion.
- Informationsträffarna hölls ibland i för stora grupper och för sällan enligt deltagare och hälsokommunikatörer.
- Behoven hos deltagarna varierade; för vissa skulle det räcka med tolk eller skriftlig hälsoinformation, andra uppgav att det inte räckte med informationsträffar utan önskade också hjälp med den praktiska kontakten med vården. En slutsats som dras

⁴⁴ Stenberg, R., 2008, Utvärdering av delprojektet: "Hälsokommunikatörer på modersmål", Slutrapport. Sjöberg, S., 2008, Utvärdering Hälsokommunikatörer, Regionförbundet Östsam

är därför att behovet av hälsokommunikation på modersmål kan ses vara störst hos lågutbildade.

År 2014 genomförde landstinget i Östergötland en behovsanalys⁴⁵ över asylsökande och nyanländas vårdbehov. Behovsanalysen byggde på intervjuer med nyanlända samt kunskapsinhämtning från landstingspersonal. I rapporten beskrivs hälsokommunikatörernas arbete som en viktig länk mellan de nyanlända och det svenska samhället. Det konstateras att de sex ambulanshälsokommunikatörerna utför ett stort antal uppdrag årligen i länet (år 2013 utförde de 700 uppdrag) och skulle kunna utföra ännu fler om finansiering fanns. Hälsokommunikationen beskrivs som en av landstingets fyra starka sidor i relation till de nyanländas hälsa, där de övriga är hälsoundersökningarna, kreativa lösningar i primärvården som drop-in mottagning utan telefonbokning samt verksamhet kring barn.

Skåne

I Skåne gjordes två utvärderingar år 2011 av Partnerskap Skånes⁴⁶ satsningar på nyanlända flyktingars etablering, däribland hälsokommunikationsinsatser via samhälls- och hälsokommunikatörerna, SHK, som genomförts under 2008-2011. Den ena gjordes av Länsstyrelsen i Skåne och den andra var en extern utvärdering som genomfördes av Ramböll som också utvärderade partnerskapet 2014.⁴⁷ Båda utvärderingarna hade ett aktörs- och systemperspektiv. Från deltagarperspektivet har SHK:s roll och hälsokommunikationen utvärderats i en studie från Lunds universitet som rörde HIV och prevention av sexuellt överförbara sjukdomar där SHK stod för insatsen⁴⁸. Nedan sammanfattas de viktigaste lärdomarna:

Process- och organisationsnivå:

- Genom att Länsstyrelsen ansvarar för SHK skapades kapacitet att ge tillgång till SHK insatser till kommuner som önskade delta.
- SHK genomgick ett omfattande kvalitetssäkrat utbildningsprogram. Metodutveckling skedde i samarbete med bland annat Lunds universitet och Malmö högskola. SHK skulle 2011 knytas till MILSA för vidare stöd i metodutveckling och uppföljningsfrågor.
- Medvetenheten om betydelsen av information om samhälls- och hälsofrågor ökade hos berörda aktörer. Hälsofrågorna ansågs av respondenterna vara lika viktiga som samhällsfrågorna.
- Den regionala samverkan inom Partnerskap Skåne ansågs av Ramböll vara en framgångsfaktor och ha bidragit med ett tydligt värde för utvecklingen av

⁴⁵ Landstinget i Östergötland, 2014, Asylsökande och nyanlända, Behovsanalys 2014

⁴⁶ Samverkansparter i Partnerskap Skåne är bl a Länsstyrelsen i Skåne, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Migrationsverket, Lunds universitet, Malmö Högskola, kommuner, kommunförbundet i Skåne, Nätverket idéburen sektor Skåne m fl.

⁴⁷ Länsstyrelsen i Skåne län, 2011, Partnerskap Skåne – slutrapport 2008-2011. Ramböll, 2011, Slutrapport – utvärdering partnerskap Skåne, inklusive Ramböll Management 2011, Utvärdering av SHK 2008-2011

⁴⁸ Svensson, Agardh, Breaking down the barriers to health literacy in sexual and reproductive health and rights, 2013.

introduktionen för nyanlända flyktingar i Skåne län. Länsstyrelsens samordnande roll har skapat en ”vi-känsla” och en gradvis framväxande självklarhet runt det inkluderande mottagandet som Länsstyrelsen arbetar för.

- Den samlade bedömningen av SHK var att de lyckats väl med att leverera de aktiviteter och insatser som man föresatt sig att genomföra. SHK upplevdes skapa särskilt stort värde genom att nyanlända fick viktig information på sitt modersmål.
- Anpassning efter kommunens önskemål på innehåll och utformning där SHK verkade var en framgångsfaktor.
- Samverkan har inte bara fokuserat på enskilda aktörers måluppfyllelse utan också på hur olika delar av etableringen samspelar från den nyanländas perspektiv. Denna systemsyn har tillsammans med den centrala samordningen och ett gott samverkansklimate varit framgångsfaktorer i Skånes arbete med nyanlända flyktingars hälsa och etablering.

Målgrupps/individnivå

- Information från SHK sågs som mycket värdefull för att lära känna en ny kultur och kunna navigera i ett nytt hälso- och sjukvårdssystem som ofta skiljde sig markant från det man hade i sitt hemland.
- SHK upplevdes vara trovärdiga förmedlare av information. Insatsen inom SRHR gav många av deltagarna ny kunskap som var angelägen och den gav dem även motivation att lära sig mer om ämnet.
- Deltagarna var nöjda med SHKs kompetens och upplägg, dock önskade vissa deltagare att gruppen delats upp i män/kvinnor när man talade om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR). På det sättet hade de fått ut mer av informationen och kunnat ställa fler frågor. Samtidigt ansåg man också att det var bra att väcka frågor om kulturella normer och könsnormer.
- För att säkerställa att metod och material är evidensbaserade, ansågs arbetet med uppföljning och utvärdering av insatserna behöva fortsätta, exempelvis vad gäller vilken kunskap målgruppen tar med sig och omsätter i praktiken.

Ett antal studier har också tittat på olika verksamheter inom partnerskap Skåne, såsom NAD, HIV/STI projektet samt ett tobakspreventionsprojekt.⁴⁹ I en nyligen genomförd kvalitativ studie har deltagares perspektiv på introduktionen/etableringsverksamhet studerats.⁵⁰ SHK som insats var dock undantagna att nämnas i intervjuerna då SHK deltog i rekryteringen av informanterna och även deltog som språkstöd och tolkar i fokusgruppintervjuerna som studien baseras på.

⁴⁹ Ikonen, Social inclusion through associations and voluntary organizations - experiences from refugees in Kristianstad and Helsingborg, 2014. Halldén, Olmsäter, Slutrapport – Följeforskning i projektet HIV/STI prevention med migrationsperspektiv i Skåne, Kontigo 2013. Jensen, Utvärdering av pilotprojekt tobaksinformation – kunskapshöjning för hälsosamma livsval, 2013.

⁵⁰ Ikonen, “Perspectives on the introduction program health and well-being – Voices from newly arrived migrants”, 2015

Forskningsprojektet IMHad

Impact of Multicultural Health Advisors, IMHad, var ett forskningsprojekt som pågick mellan 2007-2011. Projektet samlade en stor mängd data om nyanlända irakiers hälsa in från åtta län i Sverige och utvärderade effekter av de internationella hälsokommunikatörernas arbete på folkhälsa och hälsoekonomi. Målsättning var också att utveckla verksamhetens metoder baserat på forskningsresultaten.

Bland annat genomfördes en longitudinell kohortstudie med en baslinjestudie 2008 och en uppföljande studie 2010. Resultaten som jämfördes med den nationella folkhälsoenkäten 2008 visade, liksom i en tidigare studie inom IMHad på irakier folkbokförda i Malmö 2005-2007, att nyanlända irakiers hälsa var betydligt sämre än hos totalbefolkningen i Sverige. En större andel hade sämre hälsosituation överlag, dålig självskattad hälsa, mental ohälsa, sämre tandhälsa samt högre BMI än totalbefolkningen.⁵¹ Vid uppföljningen i kohortstudien som genomfördes 2010 jämfördes hälsan hos gruppen mellan de olika mätningarna samt för de som bodde i län där det fanns eller inte fanns hälsokommunikatörer. Detta för att utröna om respondenterna påverkats av deras arbete. I eftermätningen hade få förändringar skett i de olika utfallsmåtten. Undantagen var tandhälsa samt förtroendet för hälso- och sjukvården som ökat i de län som hade hälsokommunikatörer. Men om detta berodde på hälsokommunikatörernas arbete eller inte var svårt att säga. Studien konstaterade att det var svårt att dra slutsatser om interventionens effekt, för det hade det bland annat behövts ett större underlag och längre tidsintervall mellan baslinjemätningen och eftermätningen.

Den tidigare studien i Malmö hade kommit fram till i princip samma resultat. Även där hade man tittat på var respondenternas tillgång till hälsokommunikation och resultatet var att det inte fanns tydliga skillnader i kunskaper mellan de som träffat hälsokommunikatörer 1-3 gånger och de som inte träffat dem alls. Det fanns det däremot hos dem som träffat hälsokommunikatörer fyra gånger eller fler i jämförelse med inte alls.⁵² En slutsats av det kan vara att förståelse för hälsofrågor kan öka genom kontinuerliga och mer långsiktiga insatser.

I en metodstudie har IMHad genom observationer, en enkät till deltagare och aktörer liksom dokumentstudier kartlagt modersmålsbaserad hälsokommunikation 2001-2011.⁵³ Kartläggningen resulterade ett stort antal rekommendationer, varav följande av mer organisatorisk karaktär:

- Hälsokommunikationens syfte och mål bör vara väl förankrat i alla led – i den kommunala förvaltningen, landstinget, arbetsförmedlingen, skolornas ledning samt hos lärare.
- Aktiviteterna bör genomföras som en del av till exempel SFI- undervisningen eller annan etableringsverksamhet för dem som omfattas av denna lagstiftning.

⁵¹ Sundell Lecerof, Stafström, En osynlig intervention, Olika villkor- olika hälsa 2011

⁵² Daryani, Hälsan bland irakier folkbokförda i Malmö 2005-2007, Olika villkor- olika hälsa, 2010

⁵³ Daryani, Löthberg, Modersmålsbaserad hälsokommunikation 2001-2011, Olika villkor- olika hälsa 2011

- Kontinuerlig kompetensutveckling för hälsokommunikatörer och samarbete mellan de hälsokommunikativa verksamheterna i landet bör genomföras för att stimulera utvecklingen.
- Hälsokommunikation innehåller stora mängder av information och en hög grad av dialog och diskussion under sammankomsterna är därför nödvändig för att säkerställa att informationen är begriplig och blir förstådd. Målgruppsanpassning är också viktigt; hälsokommunikatören bör avgöra vilka teman som är angelägna utifrån samtal med gruppen.

Pågående studie

Lunds Universitet genomför under 2015 på uppdrag av Länsstyrelsen en studie som syftar till att undersöka och inhämta synpunkter bland viktiga aktörer som är intresserade och involverade i arbetet kring nyanlända migranter och asylsökande i Sverige. Intervjuerna utgör i första hand ett underlag för aktörsanalys av samhälls- och hälsokommunikatörernas (SHK:s) verksamhet med syftet att bedöma resurser och att ytterligare förstå aktörernas ståndpunkter och intressen avseende SHK.

4. Slutsatser

Hälsokommunikation är en rättighet som lönar sig för samhället

Nyanlända flyktingar har rätt till en god hälsa. Information och kunskap om hur de kan ta hand om sin hälsa och hitta rätt i hälso- och sjukvården i Sverige är en förutsättning för detta. Ökad kunskap ger individen möjligheter att få större kontroll över livet i det nya landet, förhindrar ohälsa och över- eller underanvändning av sjukvård samt kan öka förutsättningar för en god etableringsprocess. I utvärderingar har det framkommit att nyanlända flyktingar har störst nytta av hälsokommunikation som förmedlas på modersmål och är anpassad efter behov och förutsättningar. I förstudien framkommer det att det finns ett starkt intresse för att nyanlända flyktingar ska få en likvärdig samhällsorientering och hälsokommunikation oavsett var de bosätter sig.

Samhällsorienteringen – en bred arena för hälsokommunikation

Hälsokommunikation för nyanlända flyktingar bedrivs i flera former och på olika arenor i Sverige idag, både inom och utanför etableringen. Fördelen med hälsokommunikativa insatser som sker inom ramen för etableringen är den systematisering som följer. Detta är i linje WHO som förordar att hälsofrågor ska hanteras utifrån ett tvärgående perspektiv och inte som en separat fråga.⁵⁴ Insatserna når fler deltagare om de ingår i den etableringsplan som Arbetsförmedlingen i samråd med individen lägger upp såsom den obligatoriska samhällsorienteringen. I studien framkommer att samhällsorienteringen är den vanligaste arenan eller modellen för systematisk hälsokommunikation till nyanlända flyktingar, antingen inom ramen för de 60 timmarna samhällsorientering eller i utökad form. En majoritet av informanterna som inte hade ett utökat hälsoblock angav att detta var önskvärt. Samtidigt framkommer att många kommuner behöver stöd i att integrera och utöka hälsokommunikationen i samhällsorienteringen.

Samhällskommunikatören är den vanligaste förmedlaren av hälsokommunikation inom samhällsorienteringen

För hälsokommunikationen står oftast en samhällskommunikatör eller samhälls- och hälsokommunikatör (SHK). Renodlade hälsokommunikatörer finns bara i Stockholms län och Östergötlands län. I vissa län har man samhällskommunikatörer som utbildats för att förmedla hälsokommunikationen, antingen själva eller ibland tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonal. Hybriden SHK finns i Skåne län.

Gemensamt behov av utbildning

Utbildning är ett av utvecklingsområdena som lyfts i länsstyrelsernas senaste rapport över samhällsorienteringen.⁵⁵ Studien visar att det finns ett behov av att erbjuda likvärdig utbildning för kommunikatörer. Kommunikatörerna behöver stärkas i sin roll som är komplex. Kommunikatören behöver förmedla mycket information på kort tid och i dialog med deltagare med olika utbildningsbakgrunder och vitt skilda erfarenheter. För att säkerställa en fortsatt hög kvalitet behöver innehåll, metoder och material anpassas men också utvärderas och utvecklas.

Många kommuner erbjuder omfattande internutbildningar och, ibland i regional samverkan. Ett stort antal utbildningsarrangörer deltar; lärosäten, landsting, statliga myndigheter, ideell sektor, privata aktörer. Samtidigt finns ett behov av enhetliga,

⁵⁴ Ramböll, 2015, Arbetsgrupp Fokus Hälsa, *Analys och rekommendationer till stöd för fortsatt arbete*

⁵⁵ Samhällsorientering för nyanlända - Länsstyrelsernas gemensamma redovisning 2015

lättillgängliga och icke kostsamma utbildningar och fortbildningar för kommunikatörer, inte minst i kommuner utanför storstadregionerna.

En utmaning är att många kommunikatörer är timanställda. Länsstyrelserna konstaterar i sin rapport⁵⁶ att otrygga anställningsformer leder till en hög omsättning bland samhällskommunikatörer vilket ställer krav på ständiga utbildningsinsatser och kan påverka kvalitén i verksamheten. Att utveckla yrkesrollen och se över möjligheter att erbjuda säkrare anställningsförhållanden genom t ex kombinerade tjänster inom kommunen är en förutsättning för att utbildningsinsatser ska löna sig i längden.

Behov av utökad samverkan

Hälsofrågor berör många aktörer och kräver därför en nära samverkan mellan dessa. En bättre samverkan är en förutsättning för att etableringen som sådan ska bli mer hälsofrämjande och sammahållen för målgruppen. Förutsättningarna att erbjuda hälsokommunikation till nyanlända ser olika ut. Många aktörer samverkar idag till exempel kring samhällsorienteringen, men för att nå ut med och utöka hälsokommunikationen behöver samverkan utökas och fördjupas på lokal, regional och även nationell nivå. Här efterfrågas en tydligare ansvarsfördelning kring hälsokommunikationen och dess finansiering samt metod- och utvecklingsstöd för samverkan. Partnerskap Skåne är ett exempel på en regional samverkansform som gett upphov till flera innovativa och stabila hälsofrämjande insatser som inlemmats i etableringen.

⁵⁶ ibid

5. Rekommendationer

Baserat på resultaten i förstudien lämnas följande rekommendationer för vidare utvecklingsarbete:

- Att se över förutsättningarna att utveckla en gemensam nationell utbildningsplattform för hälsokommunikation och samhällsorientering. Detta förutsätter en dialog med berörda aktörer såsom länsstyrelsernas fokusgrupper för hälsa och samhällsorientering, kommuner, landsting m fl om gemensam målbild för det fortsatta arbetet med beaktande av följande:
 1. Både hälsokommunikatörer och samhällskommunikatörer är förmedlare av hälsokommunikation. Kommunikatörernas utbildningsbehov sammanfaller inom flera kunskapsområden.
 2. Utbildningarna måste vara lättillgängliga, icke kostsamma och anpassade efter kommunikatörernas utbildningsbakgrund och anställningsförhållanden. Webbaserade lösningar förespåkas här.
 3. Det är viktigt att utbildningsplattformen förankras och tas fram i samråd med viktiga regionala aktörer såsom länsstyrelser och landsting/regioner.
- Att verka för framtagandet av regionala och nationella utvecklingsstöd som kan underlätta integreringen av hälsofrågorna i samhällsorienteringen.
- Att sprida lärdomar kring framgångsrik regional samverkan kring hälsa och hälsoförebyggande insatser i syfte att uppnå en mer hälsofrämjande etablering.

6. Referenser

- Baker, U., Allebeck, P., 2012, *Hälsokommunikatörer i Stockholms län, En utvärdering av projektverksamheten 2010-2011*, Karolinska Institutet
- Carlén & Werner, 2012, *Utvärderingsrapport, Samordnad samhällsorientering i Stockholms Län*, Centrum för samhällsorientering
- Daryani, A., *Hälsan bland irakier folkbokförda i Malmö 2005-2007, Olika villkor- olika hälsa*, 2010
- Daryani, A., Löthberg, K., *Modersmålsbaserad hälsokommunikation 2001-2011, Olika villkor- olika hälsa* 2011
- Eriksson-Sjö, T., 2012, *Utmaningar och bemötande i flyktingmottagandet*, Lic avhandling, Malmö Högskola, sid 25
- Fazel, M., et al, 2005, *Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries; A systematic review*. Lancet, 365 (9467):1309-1314
- Hälsoteket Östra Göteborg, 2014, *Hälsoguideuppdraget 2013*
- Ikonen, A-M., 2014, *Social inclusion through associations and voluntary organizations - experiences from refugees in Kristianstad and Helsingborg* , International Migration and Ethnic Relations, master thesis, Malmö Högskola
- Ikonen, A-M., 2015 *“Perspectives on the introduction program health and well-being – Voices from newly arrived migrants”*
- Jensen, E., 2013, *Utvärdering av pilotprojekt tobaksinformation – kunskapshöjning för hälsosamma livsval*
- Halldén J., Olmsäter, T., Kontigo 2013, *Slutrapport – Följeforskning i projektet HIV/STI prevention med migrationsperspektiv i Skåne*,
- Landstinget i Östergötland, 2014, *Asylsökande och nyanlända, Behovsanalys 2014*
- Länsstyrelsen i Skåne län, 2011, *Partnerskap Skåne – slutrapport 2008-2011*
- Länsstyrelsen i Stockholm, 2011, *Utan hälsa, ingen etablering – hälsans roll i etableringsarbetet*, Tema nyanlända
- Länsstyrelserna 2015, *Samhällsorientering för nyanlända - Länsstyrelsernas gemensamma redovisning 2015*
- Löthberg, K., m fl, 2012, *Hälsokommunikation på modersmål – gör den någon skillnad? Etablering, utveckling och utvärdering*, Socialmedicinsk tidskrift 2/2012

- Palm, L., Sandberg H., 2004, *Strategier för hälsokommunikation och deras användbarhet. En genomgång av forskningsläget*, Lunds universitet
- Ramböll, 2015, Arbetsgrupp Fokus Hälsa, *Analys och rekommendationer till stöd för fortsatt arbete*
- Ramböll, 2014, *Regional samverkan kring etablering av nyanlända – lärdomar från partnerskap Skåne*
- Ramböll, 2011, *Slutrapport – utvärdering partnerskap Skåne*, inklusive Ramböll Management 2011, *Utvärdering av SHK 2008-2011*
- Rosén, M-T., *Samhällsorientering på modersmål i Östergötland*. Rapport av försöksverksamhet 2012, Regionförbundet Östsam
- Salehi, R., et al, 2010, *Intersection of health, Immigration and Youth: A systematic Literature Review*, Journal of Immigrant and Minority Health
- Samarasinghe, K., Arvidsson B., 2002. *It is a different war to fight here in Sweden – the impact of involuntary migration on the health of refugee families in transition*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(3), pp.292-301.
- Sjöberg, S., 2008, *Utvärdering Hälsokommunikatörer*, Regionförbundet Östsam
- Socialstyrelsen, *Folkhälsorapport 2009*, kap 13 Migration
 Socialstyrelsen, *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökning av asylsökande m fl. SOSFS 2011:11*, <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2011-11>
- Stenberg, R., 2008, *Utvärdering av delprojektet: "Hälsokommunikatörer på modersmål"*, Slutrapport
- Stenberg, R, Blomgren, J., 2012, *Samhällsorientering på modersmål i Östergötland, Utvärdering av försöksverksamhet, slutrapport*
- Sundell Lecerof, S., 2008, *"Olika villkor-olika hälsa: Hälsan bland irakier i åtta av Sveriges län 2008"*
- Sundell Lecerof, S., Stafström, M., *En osynlig intervention?, Olika villkor- olika hälsa 2011*
- Svensson, P., Agardh, A., 2013, *Breaking down the barriers to health literacy in sexual and reproductive health and rights*, A qualitative study of the experience of culture sensitive health communication among newly arrived refugees in Sweden, Lund University
- Sydhoff, J., m fl, *Hälsokommunikatörsutbildning 2010, beskrivning och uppföljning*, KFA 2011:5
- Wängdahl, J., 2014, *Vilken betydelse har hälsolitteracitet för hälsoundersökningen för asylsökande?* Socialmedicinsk rapportserie, ISSN 1402-7070

BILAGA 1 - Projektlista

Här listas ett antal pågående eller nyligen avslutade projekt och verksamheter med anknytning till vuxna nyanlända flyktingar och invandrare. Listan ger ingen komplett bild över de projekt som pågår nationellt, utan listar ett antal exempel på projekt/insatser som omnämns av informanter eller på annat sätt kommit fram under arbetet med förstudien.

Projekt Athena – en användbar metod för att främja närhet till arbetsmarkanden och hälsa hos långtidsarbetsarbetslösa utlandsfödda kvinnor?

Under perioden juni 2012 - juni 2014 genomförde Uppsala kommun arbetsmarknadsprojektet Athena i samverkan med Arbetsförmedlingen och Uppsala Universitet/Uppsala läns landsting. Medfinansierare 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.

<http://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:744772/FULLTEXT01.pdf>

MEDVIND - Samordning genom brobyggande informatörer för invandrare och Medicinsk och individuell kartläggning av invandrare för handlingsplan

Under 2009 och 2010 hade Socialkontor ekonomi ett samverkansprojekt med Folkhälsobyråns vars informatörer hade i uppdrag att hjälpa klienterna att på sina egna språk tydliggöra de individuella behoven och att klargöra arbetsförmågan. Denna samverkan med läkare, handläggare på Arbetsförmedling och i vissa ärenden med Försäkringskassan, gav ett mycket lyckat resultat. Projektet startade i januari 2012 med finansiering från Samordningsförbundet Västerås. Projektet avslutades 31 december 2013. Projektet hade som mål att skapa möjligheter för individer med utomnordisk bakgrund i behov av språkstöd att komma in på arbetsmarknaden och/eller att påbörja en väg mot självförsörjning samt att samordna insatser hos Landstinget, kommunen och Arbetsförmedlingen.

http://www.samordningvastmanland.se/vasteras/insatser-i-samverkan/documents/MEDVIND_slutrapport_2013.pdf

HELMI

HELMI – Health, Migration, and Integration – är ett projekt som finansierats av Europeiska Integrationsfonden, Malmö Högskola, Lunds Universitet, Uppsala Universitet, Smittskyddsinstitutet, Bollebygds kommun, Herrljunga kommun, Marks kommun, Svenljunga kommun, Tranemo kommun, Ulricehamns kommun och Vårgårda kommun. Projektet genomfördes under perioden januari 2010 till juni 2012 i syfte att kartlägga thailändska och somaliska kvinnors hälsoläge i Sverige. Utöver denna kartläggning har projektet också syftat till att inhämta och sprida kunskap om dessa två kvinnogrupper i en mängd olika sammanhang.

<http://www.mah.se/upload/forskningscentrum/mim/projects/forskningsrapport%20helmi%20justerad%2012%2010%2009.pdf>

Projektet Hälsa – Etablering – Arbete

Projektet *Hälsa – Etablering – Arbete* (HEA) pågick mellan januari 2011 och december 2013. Det har genomförts som ett samverkansprojekt mellan Samordningsförbundet Valfärd i Nacka och Uppsala universitet. Projektets målgrupp var personer som haft uppehållstillstånd i Sverige längre än tre år, men som inte har etablerat sig och fått arbete. Projektet har erbjudit målgruppen en strukturerad sysselsättningsverksamhet, så kallade HEA-programmet där språkträning, fysisk aktivitet, hälsokommunikation och samhällsorientering ingår som viktiga delar.

http://www.nacka.se/web/naringsliv_arbete/Arbetslinjen/valfard_i_nacka/Documents/Slutrapport_HEA_2014_E%C3%85_sista_ers.pdf

Nyby Vision

Nyby vision är en verksamhet i Uppsala med inriktning på arbetsliv och integration. De arbetar för ömsesidig integration och har en verksamhet med bland annat svenskurser, samhällsorientering, friskvård, kulturaktiviteter, barnverksamhet, systuga, kafé, intern praktik, arbetslivsinriktade insatser, sysselsättning, social gemenskap, kontakter, rådgivning och kulturmöten. Huvudmän för verksamheten är Österledskyrkan i Gamla Uppsala och Uppsala Missionsförsamling (Missionskyrkan, Uppsala). Verksamheten bedrivs i samverkan med Studieförbundet Bilda och med bidrag från Uppsala kommun m fl.

<http://www.nybyvision.se/>

Projekt finansierade med s k § 37 medel

Över hela landet pågår projekt med anknytning till nyanlända flyktingars etablering som finansieras av s k § 37 medel. Länsstyrelserna har enligt förordning (2010:1122) om statlig ersättning för vissa utlänningar möjlighet att lämna ersättning till kommuner för insatser som riktar sig till personer som omfattas av förordningen. Projekten ska syfta till att underlätta bosättning samt väsentligen öka kommunernas beredskap och mottagningskapacitet. Medlen kan sökas i årliga utlysningar som de respektive länsstyrelserna ansvarar för. Länsstyrelserna har för år 2015 fått 60 miljoner kronor att fördela till landets kommuner. Information om beviljade projekt finns på länsstyrelsernas hemsidor.

BILAGA 2 – Informanter och resurspersoner

Genomförda telefonintervjuer och intervjuer, informanter:

Mehrnaz Aram, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting
Sofie Bäärnhielm, Transkulturellt centrum, Stockholms läns landsting
Martin Estvall, Allbo lärcenter, Alvesta kommun
Maline Fälth, Folkhälsobyrå, Västerås
Elizabeth George, enhetschef SO Göteborg
Charlotta Green, utvecklingsavdelningen, Göteborgs stad
Josephine Hermansson, Migrationsskolan, Region Skåne
Ziad Jomaa, Länsstyrelsen Skåne
Carin Larsson, Centrum för samhällsorientering Stockholm
Sandra Lindfors, samordnare projekt SOSOV och SO+, Västernorrland och Örnköldsvik
Alexandra Lindqvist, Luleå samordnare i ett fyrekommunssamarbete
Mohammad Mukahhal, Stab, Umeåregionen
Marcus Nilsson, Länsamordnaren i Gävleborg
Inga Lill Nordström Stab, Umeåregionen
Matilda Svensson, Regionförbundet Kalmar
Andreas Westöö, Verksamhetschef på flyktingmedicinskt centrum, Norrköping
Neda Zakeri, Flyktingmedicinsk mottagning, Hälsoskolan, Göteborg

Genomförda telefonintervjuer och intervjuer, resurspersoner:

Elisabeth Bengtsson, folkhälsochef Region Skåne
Pia Gustavsson, Arbetsförmedlingen, Region Skåne och Blekinge
Åsa Stenbäck Holmér, Länsstyrelsen Skåne
Linda Karlsson, Länsstyrelsen Västra Götaland
Catrine Kostenius, Luleå Tekniska Universitet
Lena Mårtensson, Göteborgs universitet
Benedict Oppong Asamoah, Lunds universitet
Klara Steinvall, Länsstyrelsen Skåne
Susanne Sundell Lecerof, doktorand, Socialmedicin och Global hälsa, Lunds Universitet
Torgny Ängqvist, Länsstyrelsen Skåne
Knutpunktsamordnare Skåne: Anna Raselius, Helsingborg, Idris Moustafa, Kristianstad,
Julia Kumbaro, Lund, Minka Huskic, Malmö

BILAGA 3 – Frågeguide/Exempelfrågor

Exempel på frågor som informanterna ska kunna svara på:

Individnivå

1. Utbildning

- a. Vilken utbildningsbakgrund har hälso/samhällskommunikatörerna i ditt län?
 - formell utbildning
 - andra kompetenser
- b. Vilka behov finns för utbildning och kompetensutveckling?
- c. Vilka möjligheter erbjuds för kompetensutveckling och vidareutbildning?
- d. Vilka utbildningar anordnas inom länet?
 - aktörer
 - innehåll och upplägg
 - material och metoder
 - svårigheter och framgångsfaktorer

2. Rekrytering och anställning

- a. Hur rekryteras hälso/samhällskommunikatörerna i ditt län?
 - Kriterier för anställning
- b. Vilka anställningsformer förekommer för hälso/samhällskommunikatörerna?
 - timanställd/visstids/projekt/ kombinerad/tillsvidare

Organisations- och systemnivå

- a. Hur organiseras hälso/samhällskommunikationen i ditt län?
 - hur finansieras verksamheterna?
 - var är hälso/samhällskommunikatörerna anställda (kommun/landsting/privat)?
- b. Vilka samverkansformer finns mellan olika aktörer inom verksamheten för hälso/samhällskommunikation?
- c. Vilka utvärderingar har gjorts inom ditt län när det gäller hälso/samhällskommunikation?
- d. Vilka faktorer möjliggör/hindrar en utveckling av hälso/samhällskommunikationen inom länet?

Bilaga 4 – Kursinnehåll

hälskommunikatörsutbildningen 2010

Kursinnehåll, Hälskommunikatörsutbildningen 2010, Karolinska Institutet på uppdrag av Stockholms Läns Landsting.⁵⁷

Migration och hälsa – 4,5 dagar

Syfte: Att utveckla deltagarnas förmåga att medvetet använda sig själva som instrument för att uppmuntra till dialog och samspel med nyanlända och asylsökande, särskild kring frågor om migration och migrationsprocessens inverkan på hälsan.

Innehåll:

- * Migrationsprocessens faser och dess betydelse för hälsan och den egna migrationsprocessen
- * Nostalgi, sorg och kris
- * Begrepp: kultur, integration. Metoder för att arbeta med migrationsprocessen
- * Reflekerande samtal som metod och förhållningssätt
- * Grupper, gruppdynamik
- * Att arbeta med asylsökande; svårigheter och möjligheter
- * Asylsökande och flyktingar med ett upphöjt behov av sjukvård
- * Förekomst av stressorer under migrationsprocessen
- * Att hjälpa flyktingar bilda nätverk och stärka sitt nätverk, nätverkets betydelse för hälsa
- * Värdegrundsfrågor, etik, sekretess

Folkhälsokunskap och folkhälsoarbete – 6 dagar

Syfte: Att få en inblick i folkhälsokunskap och vanliga folkhälsoproblem samt kunskap om och förståelse för tillämpat hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete på individ-, grupp-, och befolkningsnivå.

Innehåll:

- * Vad är folkhälsa? Begreppet Hälsa och ett salutogent perspektiv
- * Hälsans bestämningsfaktorer och stödjande miljöer
- * Hälsa och hälsofrämjande arbete i ett historiskt perspektiv
- * Folkhälsorapportering i Sthlm:s län och förebyggande av vanliga livsstilssjukdomar
- * Stödjande och styrande dokument för folkhälsoarbete nationellt och i Stockholms län
- * Mål för folkhälsoarbete, nationellt och inom SLL
- * Hälsa/ohälsa ur ett jämlikhetsperspektiv
- * Arenor för tillämpat folkhälsoarbete och samverkan med olika aktörer
- * Vanliga teorier, strategier och metoder för folkhälsoarbete
- * Navigeringskunskaper avseende webbplatserna vardguiden.se och folkhalsoguiden.se

Interkulturell kommunikation – 5 dagar

Syfte: Att bli medveten om ”det vatten man simmar i” och om sig själv som kulturbärare. Att förstå att individens kulturella bakgrund kan påverka mötet med andra människor. Att inse vikten av att i

mötet, ta hänsyn till olika synsätt och kunna byta perspektiv.

Innehåll: * Kulturella/individuella glasögon, ”Barndomskartan”

⁵⁷ http://dok.sls.o.sll.se/CES/FHG/Jamlik_halsa/Rapporter/halsokommunikatorsutbildning-2010.2011.pdf

- * Frågor om normer och värderingar
- * Kultur och Identitet, identitetslöshet
- * Vad är fördomar? Vi och dom, "Onda Cirkeln", Klyftan
- * Bemötandefrågor, värderingsövningar, forumspel
- * Språk och identitet, kroppsspråk
- * Synen på hälsa och ohälsa ur ett kulturellt perspektiv
- * Individ och gruppkultur
- * Kulturmöten i vården

Hälsokommunikation och presentationsteknik – 9 dagar

Syfte: Att få en inblick i hälsokommunikation, med fokus på sändare och mottagare, samt att få

grundläggande kunskaper i presentationsteknik och PowerPoint2003.

Innehåll:

- * Presentationsteknik "Proffsig Presentation"
- * PowerPoint 2003 – Grundkurs och praktiska övningar
- * Folkhälsa - budskap och ideologi
- * Bilder, regler för användande, bildbanker och bildhanteringsverktyget Picasa
- * Upplevelsebaserad pedagogik, några exempel
- * Skrivregler för faktablad
- * Studiebesök på Vårdguiden
- * Planering och genomförande av muntliga presentationsövningar om levnadsvanor
- * Framtagande av faktablad och översättning till eget språk
- * Kollegial feedback

Projektledning och processbeskrivning – 2,5 dagar

Syfte: Att ge grundläggande kunskap om hur man planerar, genomför och följer upp ett folkhälsoprojekt, en hälsokommunikationsinsats eller ett avgränsat uppdrag, för att få förståelse för projektledarrollen.

Innehåll:

- * Vad karakteriserar ett projekt?
- * Vikten av att ha en projektplan, för-/nackdelar, projektplanens olika delar
- * Betydelse av uppdrag, syfte, mandat, omvärldsanalys, kartläggning, delaktighet och förankring
- * Projektledarens roll, kort om mötesteknik, uppföljning-feedback-uppmuntran
- * Målgruppsanpassad kommunikation, spridning, kommunikationsplan
- * Verkytet, digital mall "Processbeskrivning av folkhälsoprojekt"
- * Tillämpning av verkytet på eget projekt/uppdrag

Hälsopedagogik och levnadsvanor – 10 dagar (se delkurser nedan)

Syfte: Att få en inblick i levnadsvanornas betydelse för hälsa och hälsopedagogiska metoder för att förändra livsstil och levnadsvanor kring: alkohol och narkotika, fysisk aktivitet, hälsofrämjande mat,

tobaksprevention och motiverande samtal (MI).

Del av kurs – Alkohol och narkotika (1 dag)

Syfte: Att ge kunskap om alkohol- och narkotikautvecklingen, alkohol- och narkotikapolitiken, alkoholens och narkotikans effekter samt var man kan få hjälp för egen del eller som anhörig.

Innehåll:

- * Vad räknar vi som alkohol och narkotika
- * Alkohol- och narkotika(miss)bruk i Irak, Iran, Somalia och i Sverige
- * Svensk alkohol- och narkotikapolitik och effektiva förebyggande insatser
- * Alkoholens och narkotikans effekter
- * Vad är riskbruk, missbruk och beroende? Hur kan jag veta om mina alkohol- och narkotikavanor innebär risk?

* Var kan jag söka hjälp för egen del eller som anhörig

Del av kurs – Fysisk aktivitet (2 dagar)

Syfte: Att få kunskap om fysisk aktivitet, dess hälsoeffekter, typer av aktiviteter och förutsättningar.

Innehåll:

- * Fysisk aktivitet och hälsa, vad händer i kroppen
- * Vad är vardagsaktivitet
- * Vad innebär olika former av motions- och rörelseaktiviteter inklusive hur man hittar dem

- * Att komma igång, fysisk aktivitet i vissa grupper
- * Förutsättningar för fysisk aktivitet, röra på sig med familjen
- * Hur man kan få fler att röra sig
- * Naturen, skogen, Stockholms Gröna kilar, Allemansrätten
- * Hur föräldrar kan stödja sina barn att bli mer fysiskt aktiva

Del av kurs – Hälsofrämjande mat (2 dagar)

Syfte: Att få en inblick i och förståelse för hur maten påverkar hälsan.

Innehåll:

- * Mat och migration. Hur ändras matvanorna?
- * Mat – kultur – religion
- * Mat – hälsa, rekommendationer, lägesbeskrivning
- * Viktiga arenor (MHV, BHV, förskola, skola)
- * Kostrelaterad ohälsa
- * Frukt och grönsaker, godis, läsk, alkohol som energi, D-vitamin, laktosintolerans
- * Hälsomålsrummet, hjälpmedel, måltidsordning, Tallriksmodellen, Nyckelhålet
- * Barnens matvanor. Hur kan föräldrar hjälpa barn till goda matvanor (enligt

Kunskapsöversikt)?

- * Övervikt hos barn – skillnader i kultur

Del av kurs – Tobaksprevention (2 dagar)

Syfte: Att ge en introduktion till att arbeta med tobaksprevention.

Innehåll:

- * Beroende, abstinens, avvänjningsmetoder, Tobak i Sverige
- * Sluta-Röka-Linjen
- * Kunskapssökning på www.tobaksfakta.se

Kursansvarig och delansvarig: Charlotte Jansson och Teresa Tael, KFA

Del av kurs – Motiverande samtal, MI (2 dagar)

Syfte: Att väcka intresse för MI. Introduktion till förhållningssättet MI på gruppnivå.

Innehåll:

- * Historia
- * MI-anda, Motstånd och empati
- * BÖRS, Meny Agenda
- * Be om lov, U-E-U
- * Hur bemöta olika personer i en grupp

Psykisk hälsa, stress och sömn – 5,5 dagar

Syfte: Att få inblick i psykisk hälsa ur ett hälsofrämjande perspektiv och lägga en del av grunden till rollen som hälsokommunikatör.

Innehåll:

- * Vad är psykisk hälsa? Begreppet psykisk hälsa ur ett hälsofrämjande perspektiv
- * Stress, återhämtning och avspänning, Sömnstörningar som ett tecken på stress
- * Vägledande samspel/ICDP – ett förhållningssätt för egenmakt
- * Trauma och PTSD ur ett befolknings- och sjukvårdsperspektiv
- * Empowerment/egenmakt och psykisk hälsa
- * Föräldraskap och föräldrastöd, Föräldragrupp för etniska minoriteter – ett exempel

Sexualitet och hälsa – 5,5 dagar

Syfte: Att få kunskap, färdigheter och verktyg för att framgångsrikt kunna arbeta med frågor som rör sexualitet och hälsa.

Innehåll: * Värderingar och föreställningar kring sexualiteten

- * Samhällets, religionens och migrationens påverkan på sexualiteten
- * Sexualiteten som social konstruktion
- * HIV/STI, smittskyddslag och preventionsgrupper
- * Preventivmedel, oönskade graviditeter och relaterade lagar
- * Vården kring sexuell hälsa inom SLL, Kvinnlig könsstympning och dess lagstiftning
- * Sex- och samlevnadsundervisningens historia, uppdrag och organisation
- * Normkritiskt förhållningssätt och HBT-frågor

Jämställdhet, genusperspektiv, etik, kvinnovåld – 4 dagar

Syfte Att få inblick i genusteori i samband med hälsa, jämlikhetsbegreppet, etiska dilemman inom vården, samt problematiken kring våld mot kvinnor och barn.

Innehåll:

- * Grundläggande begrepp inom genusteori och hur detta kan relateras till hälsa
- * Handlingsprogram för bemötande av kvinnor och barn som blivit utsatta för våld
- * Problematiken kring hedersbegreppet i Sverige och internationellt, juridiska aspekter
- * Hälsans fördelning och begreppet "jämlig hälsa"
- * Olika källor för att ta fram siffror om ojämlikheter i hälsa
- * Hälsaindikatorer ur ett jämlikhetsperspektiv
- * Etiska dilemman inom vården

Egenvård – 3 dagar

Syfte:

Att få klarhet om begreppet egenvård och begreppets användbarhet i hälsokommunikatörens arbete. Att förmedla ett historiskt perspektiv på arbetet med egenvård. Att förmedla kunskap om hälso- och sjukvårdens och tandvårdens arbete med egenvård idag.

Innehåll:

- * Egenvård som begrepp och tänkbart innehåll
- * Egenvård ur ett transkulturellt perspektiv
- * Tandvård/Tandhälsa/Munhälsa
- * Barnhälsovårdens mål, arbetsmetoder, syn på egenvård samt arbetet med mat och rörelse i kulturmötet på BVC

Arenakunskap – 3 dagar

Syfte: Att få kunskap om organisation och arbetssätt inför kommande praktik.

Kursansvarig:

Marcela Bravo Landström, HSNf

Praktik – 29 dagar

Syfte: Att få kunskap om verksamheternas arbetssätt, etablera kontakter och börja identifiera behov hos såväl personalen som målgruppen.

Handledning – 3,5 dagar

Syfte: Att gå igenom konkreta situationer som uppstått under praktiken, reflektera och utveckla rollen som hälsokommunikatör.

Bilaga 5 – Exempel på utbildningar för samhällskommunikatörer

Exempel på utbildningar/fortbildningar för samhällskommunikatörer i Östergötland 2012⁵⁸:

- Pedagogik- Linköpings Universitet
- Interkulturell kommunikation – Malmö högskola
- Hedersrelaterat våld och förtryck - Länsstyrelsen
- Barnkonventionen och familjeliv – Rädda barnen
- Migration och uppehållstillstånd - Migrationsverket
- Könstympning – Anissa Mohammed
- Mänskliga rättigheter - Länsstyrelsen
- Utbildning och skola – Skola och barnomsorg - Linköpings kommun
- Internetintroduktion - Länsstyrelsen
- Migration och psykosocial hälsa – Soraya Sohrabi
- Föräldrarollen – Sektionen för resurs och stödverksamhet – Linköpings kommun
- Tematräff – rollspel – materialutveckling - försöksverksamheten
- Utbildning material ”Va med!” – Projektet ”Va med!” från Uppsala
- Värderingsövningar - Försöksverksamheten

⁵⁸ Samhällsorientering på modersmål i Östergötland. Rapport av försöksverksamhet 2012. Regionförbundet Östsam Maria-Theresia Rosén.

Hälsoinformation som är tillgänglig och anpassad till individens behov är en viktig förutsättning för rätten till hälsa.

Hälsokommunikation har inom projekt MILSA lyfts fram som en viktig del av det större arbetet för en bättre behovsanpassad och hälsofrämjande etablering av nyanlända.

Idag erbjuds hälsokommunikation av olika aktörer runt om i landet, på vissa håll som enskild insats och på andra som en utökad del av programmet för samhällsorientering.

Denna förstudie har tagits fram som en del i projektet MILSA-stödplattform för migration och hälsa i syfte att kartlägga de hälsokommunikativa insatser som finns i Sverige, samla erfarenheter från dessa samt inventera behov av gemensamma utvecklingsinsatser. Resultaten från förstudien och rekommendationerna som presenteras utifrån den planeras användas i ett fortsatt utvecklings- och samverkansarbete i att utveckla hälsokommunikation inom ramen för etableringen.

