



EUROPEISKA UNIONEN  
Europeiska socialfonden



**Equal**  
Svenska ESF-Rådet

# Hälsokommunikatörer i ett mångkulturellt samhälle

ett spridnings- och påverkansprojekt  
inom gemenskapsinitiativet Equal  
2006–2007



Nangjela Ghazal pratar kost och hälsa med arghamiska kvinnor



En delverksamhet inom...

*NTG asyl & integration*

**SLUTRAPPORT**



## Innehåll

Sammanfattning	4
Inledning	6
Bakgrund till projektet	6
Projektets etablering och organisering	7
Syfte och mål	7
Begreppsdiskussion	8
Aktiviteter inom projektet	11
Metoder inom det hälsokommunikativa arbetet	24
Avvikelse från ursprungsplanen	24
Resultat, framtid och utvecklingsområden	25
Referenser	28

## Örigt material

- Ansökan till gemenskapsinitiativet Equal – Spridnings- och påverkansaktiviteter
- Förteckning över genomförda spridnings- och påverkansaktiviteter
- KY, Kvalificerad yrkesutbildning Fastställd utbildningsplan, Hälsokommunikatörer i ett mångkulturellt samhälle
- Dålig start för yrkesutbildning, 15 juni 2006 | WEBBNUMMER: 9095, Dagens samhälle, skl
- Intervjustudie
  - Informationsbrev till informanter, Intervjuer för datainsamling ....
  - Rapport, Effekter av Hälsokommunikatörernas arbete inom primärvården inom Sydvästra sjukvårdsdistriktet Region Skåne och i Malmö stads introduktionsverksamheter
  - Bilaga
- Tvärsnittsstudie – ansökan om extra resurser för att studera effekterna av IHK:s arbete i Malmö
- Informationsbrev till informanter
- Enkät – svensk version
- Hälsokommunikatörsnätverk i Sverige
- Good Practices on Health and Migration in the EU, Lisbon, September 2007
  - International Health Advisors in a Multicultural Society, Rapport
  - Background paper to Best Practice in the Field of Migration and Health
- ERF II projektbeskrivning slutgiltig – Ansökan till Europeiska flyktingfonden om forskningsmedel
- Finansplan till ansökan till ERF

## Slutrapport

### Hälsokommunikatörer i ett mångkulturellt samhälle

Ett spridnings och påverkansprojekt inom ramen för Nationell tematisk grupp asyl och integration 2006 – 2007

### Sammanfattning

#### Projektets syfte och mål

Projektets syfte har varit att sprida kunskapen om hälsokommunikatörernas möjligheter att påverka hälsosituationen bland dem som har sämst<sup>1</sup> hälsa i det svenska samhället, nämligen nyanlända invandrare. På lång sikt har projektets syfte varit att bidra till att förbättra folkhälsan genom att öka hälsan bland nyanlända invandrare.

Utifrån dessa syften har projektet haft följande mål;

- att sprida kunskapen om hälsokommunikatörernas arbete; vad, hur och var
- att påverka landsting och kommuner, som saknar denna kompetens, att anställa hälsokommunikatörer
- att etablera en nationell utbildning till hälsokommunikatör
- att ta reda på effekterna av hälsokommunikatörernas arbete
- att på lång sikt etablera en ny profession – hälsokommunikatörer – i Sverige och i andra europeiska länder.

#### Uppnådda mål

Detta projekt har bidragit till att hälsokommunikatörers verksamheten är känd i stora delar av landet. Inbjudningar till fyra nationella

spridnings- och påverkanskonferenser med rubriken *Förbättra folkhälsan – inspiration och lärande!* har gått ut till över 1 000 personer. Ca 250 personer som arbetar i kommunala såväl som enskilda utbildningsföretag med sfi och introduktionsverksamheter för asylsökande och personer med uppehållstillstånd har deltagit i konferenserna. Ca hälften av deltagarna kommer från primärvården, särskilt sjuksköterskor som arbetar med hälsoundersökningar av asylsökande och andra nyanlända invandrare. Personal från Migrationsverket, Integrationsverket, från Arbetsförmedlingen, företrädare för diskrimineringsombudsmannen, Statens folkhälsoinstitut, från Röda Korset och andra frivilligorganisationer har också deltagit. En rad andra spridnings och påverkansaktiviteter har försiggått genom att projektet varit representerat på olika konferenser som på ett eller annat sätt handlat om asyl och introduktion och det är rimligt att tro att minst ett par tre tusen personer under dessa år aktivt lyssnat till budskapet om vad internationella hälsokommunikatörer kan åstadkomma. Exempelvis har ca 5 000 broschyrer delats ut.

Landsting och kommuner som idag saknar hälsokommunikatörer diskuterar nu möjligheten att etablera denna verksamhet.

Projektet har också fått spridning i EU. Portugal har under sitt ordförandeskap hösten 2007 fokuserat på området Health and Migration. Projektet fick, genom NTG asyl och integration, den svenska regeringens uppdrag att presenterat verksamheten Internationella hälsokommunikatörer som ett Good Practice exempel inom området Health and Migration. Exemplet kommer att finnas tillsammans med ett tjugotal andra i en bok som portugisiska regeringens hälsoministerium kommer att publicera.

Två forskningsprojekt har startat under slutskedet av projektet. Syftet är att mäta effekterna av det hälsokommunikativa arbetet i termer av förbättrad folkhälsa och utveckla modeller för att mäta effekterna i samhälls- och hälsoekonomiska termer.

<sup>1</sup> "Hälsa på lika villkor" - resultat från nationella folkhälsoenkäten 2006, (FHI)  
Folkhälsopolitisk rapport 2005. FHI  
Folkhälsorapport 2005. Socialstyrelsen

### **Tillkortakommanden**

I slutskedet av det omfattande utvecklingspartnerskapet RE-KOMP, inom vilket bland andra verksamheter projektet Internationella hälsokommunikatörer utvecklades, gjordes en ansökan om att få starta en Kvalificerad yrkesutbildning till Hälsokommunikatör. Utbildning beviljades och kursstart planerades till september 2006. Arbetet med att etablera utbildningen och följa utvecklingen av hälsokommunikatörsrollen ingick i detta spridnings- och påverkansprojekt. En uppgift var att informera om utbildningen och söka reda på presumtiva deltagare. Projektet nådde inte framgång i detta. Den kommunala vuxenutbildningen i Uppsala, som anförtrotts genomförandet av utbildningen, lyckades inte heller med marknadsföringen. Detta ledde till att få personer sökte utbildningen. De sökande uppfyllde i ringa grad behörighetskravet allmän högskolekompetens. Resultatet blev att utbildningen inte kunde starta.

### **Förslag på vidareutveckling**

Det ena forskningsprojektet, som bedrivs vid Uppsala universitet, avslutas i och med projekttidens slut 2007. Resultatet förväntas visa ifall det finns ett samband mellan den verksamhet hälsokommunikatörerna bedrivit och kunskaper och kompetenser hos nyanlända invandrare för att leva ett friskare liv. Det andra forskningsprojektet utgörs av en kontrollerad kohortstudie och bedrivs vid Lunds universitet. Resultatet ska redovisas under andra halvåret 2011 eller under första halvåret 2012. Det kommer att visa vilka effekter hälsokommunikatörernas arbete har för målgruppens hälsa och därmed om verksamheten kan påverka folkhälsan, om de som har den sämsta hälsan uppger att den förbättrats. Parallellt med forskningen kommer arbete med att sprida kunskapen om funna effekter, arbete med verksamhetens utveckling och etablering av en utbildning att pågå.



Hälsokommunikativa verksamheter pågår också i andra länder inom EU. Ett samarbete med dessa är fortsatt viktigt.

Som projektledare för detta spridnings och påverkansprojekt och som projektledare för det nya forskningsprojektet är det min ambition att det 2011 finns en ny och etablerad profession, nämligen Internationella hälsokommunikatörer.

Katarina Löthberg

Projektledare

## Inledning

Hälsokommunikatörer i ett mångkulturellt samhälle har bedrivits som ett spridnings och påverkansprojekt inom ramen för Nationell Tematisk Grupp, NTG, asyl och integration. Projektet etablerades som en följd av att NTG asyl och integration hade identifierat och analyserat en rad bristområden inom asyl och integrationsområdet, vilka kvarstod då Equal omgång I avslutades 2005. Ett av bristområdena var hälsa bland nyanlända invandrare oavsett status. Hälsokommunikationsfunktionen hade börjat få efterföljd. Genom att fortsätta spridnings- och påverkansarbetet som ett fas III projekt ökade möjligheterna på sikt etablera *Internationella hälsokommunikatörer* på fler platser i landet, att utveckla verksamheten och att ta reda på effekterna av densamma.

## Bakgrund till projektet

Under perioden 2002 till och med 2005 var projektet *Internationella hälsoinformatörer* ett av sex delprojekt i utvecklingspartnerskapet *RE-KOMP, Rehabilitering och reorientering genom kompetensutveckling*.<sup>2</sup> Internationella hälsokommunikatörer startade som ett projekt inom storstadssatsningen 2001 och var ett samarbete mellan Malmö Stad och Region Skåne. Målgruppen var nyanlända invandrare med permanent uppehållstillstånd. Genom att projektet inkluderades i RE-KOMP så vidgades målgruppen till att omfatta även asylsökande som bodde i Malmö. Upprinnelsen till projektet var att Malmö Stad och Sydvästra sjukvårdsdistriktet i Region Skåne var eniga om att ohälsan bland nyanlända invandrare var stor, orsakade stora kostnader inom hälso- och sjukvården och ledde till att många personer inte förmådde att delta i de introduktionsinsatser som Malmö Stad erbjöd. Detta orsakade stora kostnader, eftersom följden blev långvarigt bidragsberoende. De nyanländas ohälsa kunde inte lämnas utan åtgärd, då den bland annat ledde till att människorna i gruppen ställdes utanför samhället. Detta kunde betraktas som ett exempel på strukturell diskriminering.

<sup>2</sup> [www.temaasyl.se/Templates/IntroPage.aspx?id=510](http://www.temaasyl.se/Templates/IntroPage.aspx?id=510)

Utvärderingarna av etableringen av *Internationella hälsokommunikatörer*, som projektet kom att kallas för att betona vikten av dialog och delaktighet med målgruppen, pekade på att projektets verksamhet utgjorde en potentiell möjlighet att minska ojämlikheten i hälsa mellan svenskfödda och utrikes födda, särskilt från länder utanför Europa. ”En lyckosam utveckling av hälsokommunikatörernas insatser kan ”bidra till att invandrade personer blir mer delaktiga i samhället och får ett större förtroende för samhällets institutioner, framför allt hälso- och sjukvården” ” skrev Statens folkhälsoinstitut i sin kommentar till verksamheten.

I rapporter till regeringen har NTG asyl och integration påpekat vikten av att etablera en ny profession internationella hälsokommunikatörer. Dessa fungerar som länkar mellan utlandsfödda personer och personer som arbetar i systemen hälsa, vård, omsorg och introduktion. Hälsokommunikatörerna använder sina modersmål i många olika hälsofrämjande aktiviteter. Metoden leder till att kunskap etableras och den kan, då den internaliseras hos deltagarna i målgruppen, bidra till att minska ojämlikheten i hälsa bland utlandsfödda i förhållande till den övriga befolkningen. NTG asyl och integration skriver i Förslag till nationell politik – 2007 följande;

Rekommendationen till landsting och kommuner att inrätta av tjänster för s.k. *Hälsokommunikatörer* ligger fast.<sup>3</sup> Yrket/professionen föreslås också ingå i en ny reguljär högskoleutbildning för asylsökande och flyktingar med lämplig medicinsk bakgrund (en s.k. KY-utbildning förbereds till hösten 2007 inom ramen för bl. a ett delprojekt inom Equal)<sup>4</sup>.

Hälsofrågorna i vid mening bör i större utsträckning uppmärksammas i aktuella utredningar, i synnerhet bör de asylsökandes hälsosituation, vårdbehov och vårdkonsumtion beaktas, samt ingå i de nya uppföljnings/utvärderingsmekanismer och introduktionssystem som regeringen aviserat.

Inom ramen för den satsning på *personliga vårdguider*, som ett av de nuvarande

<sup>3</sup> Förslag till nationell politik 2005/06, NTG asyl

<sup>4</sup> Delprojekt *Internationella hälsokommunikatörer* inom NTG asyl/Equal

regeringspartierna lanserade i augusti 2006, föreslås att *staten också utvecklar och finansierar konceptet med hälsokommunikatörer för asylsökande (och nyanlända/flyktingar)*

## Projektets etablering och organisering

I november 2005 presenterade NTG asyl och integration ett antal bristområden. Styrgruppen för UP RE-KOMP hade ett avslutande möte och Uppsala kommun åtog sig att titta närmare på bristområdena och eventuellt framställa förslag på hur de bristområden som överensstämde med RE-KOMP:s verksamheter kunde bearbetas ytterligare. Åtagandet ledde till att Uppsala kommun lämnade in förslag på tre projekt – verksamhet, genomförande och budget. I april 2006 beslutade NTG asyl och integration att bevilja medel till Uppsala kommun för att bedriva de tre projekten som delprojekt inom NTG asyl och integration.

Hälsokommunikatörer i ett mångkulturellt samhälle, ett spridnings- och påverkansprojekt inom ramen för NTG asyl och integration startade den 12 april 2006. Under första kvartalet 2007 hade arbete pågått för att etablera projektet.

Projektet fick en styrgrupp som bestod av Uppsala kommun, stadsdelarna i Malmö stad och Region Skåne. Organisationerna företrädades av Anders Carlstedt, Eva-Lena Palm och Bodil Sandstedt och Carin Thörn. Katarina Löthberg anställdes som projektledare. Inom ramen för detta projekt lades också ansvaret för den ekonomiska redovisningen och rekvisitionerna av ESF-medel för ytterligare två projekt som Uppsala kommun åtog sig att ansvara för inom ramen för NTG asyl och integrations verksamhet. Under projekttiden har samtliga styrgruppsledamöter lämnat projektet pga. att de gått i pension eller bytt arbete. Louise Montgomery och Christina Nerbrand ersatte Carin Thörn och Bodil Sandstedt våren 2007. Hösten 2007 lämnade de två andra ledamöterna sina tjänster och därmed styrgruppen. Inga ersättare utsågs. De under hösten 2007 planerade mötena ställdes in. Dock var de ledande besluten fattade under våren 2007 och verksamheten kunde fortsätta som beslutat.

Styrgruppen har beslutat om budget och verksamhet. Den har hållit fem telefon- eller videomöten. Projektledaren har lämnat verksamhetsrapporter inför varje styrgruppsmöte, även inför de inställda mötena.

## Syfte och mål

Syftet med detta spridnings och påverkansprojekt har varit att sprida kunskapen om den ojämlika hälsan i Sverige och presentera en metod att bekämpa denna.

Målen var att fler kommuner och landsting skulle få ta del av kunskaper om de internationella hälsokommunikatörernas arbete och effekterna därav, så att de skulle påverkas att arbeta mot ojämlik hälsa genom att exempelvis starta hälsokommunikationsverksamhet.

Ett annat mål var att öka möjligheterna att ta vara på den kompetens, som nyanlända invandrare med en bakgrund inom hälso- och sjukvårdssektorn i sina hemländer, hade och nyttja den i Sverige.

Projektet bedrevs under perioden april 2006 till och med december 2007. I budget fanns en tjänst för att utföra samtliga aktiviteter. Det budgeterade beloppet för köpta tjänster avsåg huvudsakligen produktion av informationsmaterial. Denna situation har inneburit att prioriteringen av aktiviteter har varit mycket hård. Aktiviteter som skulle ha kunnat vara framgångsrika har fått stå tillbaka för andra som bedömts ge större effekt utifrån projektets syfte och mål. Exempel på aktiviteter som ej genomförts är

- kompetensutveckling för hälsokommunikatörer
- kontakter med enskilda arbetsförmedlingar för att hitta personer som skulle kunna vara intresserade av att utbildas till hälsokommunikatörer
- lokala seminarier om hälsokommunikation
- försök att engagera fackföreningar som, kunde förväntas vara intresserade av



hälsokommunikatörerna som en ny medlemsgrupp.

## Begreppsdiskussion

Några begrepp inom hälsokommunikatörsverksamheten kan behöva belysas för att klargöra verksamhetens inriktning, genomförande och kvalitet.

Hälsokommunikatör. Inledningsvis inrättade man *internationella hälsoinformatörer*. Begreppet associerades med envägskommunikation. För att framhålla arbetets kommunikativa karaktär så bytte man namn på den framväxande professionen till *internationella hälsokommunikatörer*.



Internationella hälsokommunikatörer i Malmö våren 2007. Foto: Martin Israelsson

Dialog. Hälsokommunikatörerna betonar vikten av att arbeta i dialog med de personer som erbjuds kunskaper om hälso- och sjukvårdssystemet, om egenvård, om hälsofrämjande livsstil, om migrationsprocessens påverkan på kropp och själ, om sexualitet och samlevnad, om förändringar i familjen i den nya livssituationen etc. Hälsokommunikatörerna presenterar ett möjligt innehåll i den serie lektioner som erbjuds deltagare i introduktions och sfi-verksamheten. Deltagarna prioriterar de olika områdena och hälsokommunikatörerna möter deltagarnas behov genom att ta upp de ämnen som deltagarna är angelägna om att behandla.

Hälso- och sjukvårdskompetens. Frågan om vilken kompetens hälsokommunikatörerna ska besitta är ständigt aktuell. I Malmö har ledningen för verksamheten framhållit vikten av att de personer som anställs som hälsokommunikatörer ska ha utbildning och erfarenhet från det medicinska området i sina respektive hemländer. Här betonas vikten av kompetens som medför att man kan jämföra system och förhållanden mellan de nyanlända invandrarnas hemländer och Sverige. Erfarenhet från migration är också väsentlig, eftersom hälsokommunikatörerna då delar en väsentlig erfarenhet med målgruppen.

Språkkompetens. Hälsokommunikatörernas flerspråkiga kompetens är särskilt viktig, eftersom målet är att förmedla kunskap inom hälso- och livsstilsområdet så tidigt som möjligt efter målgruppens ankomst till Sverige. Rekryteringen till hälsokommunikatörsverksamheten tar också hänsyn till vilka språk som dominerar i målgruppen. Tyvärr kan inte alla deltagargruppernas språk representeras och det blir då nödvändigt att nå dessa personer på huvudsakligen svenska. I de fall hälsokommunikationen försiggår på svenska så försöker man använda sig av det faktum att det i grupperna vanligtvis finns några personer som kan mer svenska än andra och de tas då i anspråk för att tolka budskapet till dem som kan lite svenska. Det förekommer också att man anlitar tolk.

Brobyggare för empowerment och jämställdhet. Hälsokommunikatörerna fungerar som brobyggare mellan det som deltagarna känner till från sina egna kulturer, traditioner, erfarenheter och företeelser och synsätt i det svenska samhället på motsvarande områden. Likt och olikt blir viktigt att belysa för att åstadkomma den reorienteringsprocess som migrationen ställer migranten inför. För att åstadkomma integration behövs kunskap och förståelse, vilket bidrar till stärkt egenmakt och känsla av sammanhang. En viktig uppgift för hälsokommunikatörerna är att bibringa kunskap som utvecklar kompetens, så att tillvaron i Sverige blir begriplig, hanterbar och



får mening. Empowerment innebär att människor genom kunskap får möjlighet att göra aktiva och välgrundade val för sitt eget liv och sin egen framtid. En annan aspekt av empowerment är jämställdhet. Genom hälsokommunikatörernas arbete erhåller män och kvinnor samma kunskaper. De förväntas bli jämställt kapabla att göra aktiva val och ta ansvar för sin egen, barnens och familjens hälsa. Jämställdhetsaspekten tas också tillvara genom att olika ämnen kan behandlas både i grupper där båda könen är representerade men också i grupper bestående av uteslutande män respektive kvinnor, allt utifrån deltagarnas önskemål. Genom att arbeta i kvinnogrupper ges kvinnornas särskilda frågor utrymme, då det visat sig att dessa inte kommer upp i blandade grupper.

Rollkonflikter. Eftersom hälsokommunikatörerna har en annan kompetens och roll i sin bakgrund än den de arbetar med i sin nya roll så kan rollkonflikter uppstå. Den som är läkare eller sjuksköterska från sitt hemland måste fundera över och finna vägar för att inrikta sitt arbete på den pedagogiska uppgift det innebär att arbeta med kunskapsuppbyggnad i en reorienteringsprocess, med förebyggande och hälsofrämjande arbete istället för att diagnostisera, behandla, lindra och bota, som de gjort i sina hemländer. Denna rollidentifikation blir särskilt påtaglig då de nyanlända invandrarna ber om hjälp som endast kan och får ges av legitimerad sjukvårdspersonal.

Kvalitetssäkring. För att säkra kvaliteten i arbetet – innehållet och de hälsokommunikativa metoderna – krävs ett nära samarbete med hälso- och sjukvården. Detta tillförsäkras genom att hälsokommunikatörerna ingår i landstingets hälso- och sjukvårdsorganisation. Informationsmaterialet granskas av medicinskt sakkunniga. Kvaliteten i hälsokommunikatörernas arbete garanteras genom ett fortlöpande samarbete med framför allt primärvården. I Malmö ingår internationella hälsokommunikatörer som en delverksamhet inom Vårdcentralen Flyktinghälsan. Också i Blekinge och i Östergötland är

Hälsokommunikatörerna anställda av landstingen.

Utbildning och anställning. Det finns ingen enhetlig utbildning till hälsokommunikatör. Varje landsting och sammanslutning av kommuner har komponerat sitt eget utbildningsprogram som hälsokommunikatörerna har fått genomgå inom ramen för sin anställning. Kunskaper om svensk hälso- och sjukvård, om hälso- och sjukvårdssystemet, om egenvård, om lagstiftningen på området etc. har varit grunden för att säkra kvaliteten i innehållet. Hälsokommunikatörerna utgår i sitt arbete från det salutogena perspektivet och ser således till och betonar de hälsobringande faktorerna i målgruppens livssituation. Den andra delen har varit den pedagogiska – hur ett budskap förpackas och presenteras, olika sätt att närma sig svåra frågor, alltså känslighet för målgruppen, och möjliga effekter av olika arbetsmetoder.

Som rapporteras nedan har ansträngningar gjorts för att skapa en nationell utbildning men dessa har ännu inte burit frukt. Dock fortsätter arbetet med att få till stånd en nationell utbildning. Den forskning som detta projekt initierat förväntas att bl. a leda till fakta som verifierar effektiviteten ur ett folkhälsoperspektiv, såväl som ur ett hälsoekonomiskt och samhällsekonomiskt perspektiv.

#### Samarbete med hälso- och sjukvårdspersonal.

Under etableringen av hälsokommunikatörsrollen skedde ett nära samarbete med framför allt personal inom hälso- och sjukvårdens primärvård i Rosengård, den mest invandrartäta stadsdelen i Malmö. Primärvårdschefen för vårdcentralerna Rosengård och Törnrosen och chefen för familjecentralen Solstrålen var viktiga agenter för att utveckla hälsokommunikatörsrollen. De var också viktiga länkar för att skapa förtroende inom hälso- och sjukvården för den nya rollen.



Annette Wirdebo, barnsjuksköterska på familjecentralen Solstrålen i Rosengård välkomnar ett av stadsdelens många barn. Foto: Martin Israelsson.

En folkhälsostrategi inom Region Skåne och en person med ansvar för integrationsverksamhet i Malmö stad, beskrev tillsammans med sjukvårdspersonal de behov av kunskap och kompetens, inom hälso- och sjukvårdsområdet, som de uppfattade att de nyanlända utrikes födda invånarna i Malmö kunde ha behov av. Tillsammans skissade de på en metod för att möta dessa behov. Behoven emanerade från erfarenheten av de höga ohälsotalen i målgruppen och de sökandemönster som målgruppen uppvisade. Beskrivningarna av nuläget följdes av ett förslag till hur problemen skulle kunna mötas. En konsekvens av detta var att se möjligheten att tillvarata den kompetens som invandrare med medicinsk bakgrund förde med sig till Sverige. Ett program för att rekrytera, utbilda och etablera hälsokommunikatörer utarbetades och framväxten av en ny profession hade tagit sin början. Denna process finns utförligt beskriven i de utvärderingsrapporter som producerats under etableringens gång 2001-2005<sup>5</sup>. Sakkunnig handledare i arbetet var bl. a Per-Olof Östergren som är huvudhandledare för den långtidsstudie av effekterna av hälsokommunikatörernas arbete som kommer att genomföras vid Lunds universitet. Denna studie är en effekt av detta projekt.

<sup>5</sup> [www.temaasyl.se/Templates/IntroPage.aspx?id=510](http://www.temaasyl.se/Templates/IntroPage.aspx?id=510)  
Utvärdering av Projektet Internationella Hälsokommunikatörer (IHI) 2003 - 2004, publicerad mars 2005.

Samarbete med introduktions- och sfi-verksamheterna. Malmö stad finansierar hälsokommunikatörernas arbete till 50 %. Hälsokommunikatörernas arbete utförs inom ramen för introduktionsinsatserna inklusive svenskundervisning för invandrare, sfi. På denna arena nås en stor andel av de nyanlända invandrarna. Kunskaperna förmedlas i så stor utsträckning som möjligt på deltagarnas modersmål. Sfi-lärarna kan sen använda innehållet i Hälsokommunikatörernas presentationer i svenskspråkundervisningen.

I samarbete med Migrationsverket i Malmö arbetar Hälsokommunikatörerna också bland asylsökande.



Asylsökande person och Nangyalai Ghairat i förtroendefull dialog. Foto: Martin Israelsson.

Ett antagande är att hälsokommunikatörernas arbete ska leda till att de nyanlända invandrarna i högre grad upprätthåller så god hälsa att de förmår att delta i och fullfölja de erbjudna introduktionsinsatserna och i sin förlängning kan bli självförsörjande. Till dags dato har giltigheten i detta antagande inte studerats. En studie, som avser att ta reda på ifall antagandet om förväntade effekter nås, ingår som en del i forskningsprojektet *IMHAD, Impact of Multicultural Health Advisors*<sup>6</sup>. Sambandet mellan hälsokommunikatörernas insatser och deltagarnas hälsa undersöks i en tvärsnittsstudie inom ramen för detta projekt. Studien beskrivs kortfattat längre fram i denna rapport.

<sup>6</sup> [www.temaasyl.se](http://www.temaasyl.se), [www.pvsverige.se](http://www.pvsverige.se)

## Aktiviteter inom projektet

Utifrån den beviljade ansökan upprättades en lista på tolv aktiviteter, som projektet skulle genomföra, för att nå syftet och de uppställda målen. I detta avsnitt följer en redogörelse för hur arbetet med var och en av aktiviteterna har bedrivits och på vilket sätt aktiviteten fungerat eller inte fungerat. Aktiviteterna var av skiftande dignitet och den följande redogörelsen speglar detta.

### Aktivitet nr 1

Den första aktiviteten på listan var att:

*sprida erfarenheter och påverka till efterföljd i Sverige och inom Europeiska Unionen genom samarbete med andra partnerskap inom Equals andra omgång 2005-2007.*

### Spridnings- och påverkansaktiviteter i Sverige

Informationsmaterial om spridnings och påverkansprojektet har producerats på både svenska och engelska. För KY-utbildningen samarbetade projektet med Vuxenutbildningen i Uppsala kommun med att ta fram en broschyr om hälsokommunikatörsutbildningen.

Ett bildspel med bilder från hälsokommunikatörernas verksamhet och med kommentarer från både personal och nyanlända invandrare producerades till den europeiska konferensen *European Policy Forum Minimum standards and beyond*, 2224 maj 2007 i Malmö.

En förutsättning för att sprida kunskapen om de internationella hälsokommunikatörernas arbete och påverka andra till efterföljd har varit att sätta sig in i hälsokommunikatörernas dagliga arbete. Under en veckas tid följde projektet hälsokommunikatörerna i deras dagliga arbete. Projektet fick följa Hälsokommunikatörerna då de höll lektioner inom introduktions- och sfi-verksamheterna, hade så kallad öppen mottagning för asylsökande inom ramen för organiserad verksamhet – en möjlighet för de nyanlända att tala med en hälsokommunikatör om sina specifika frågor förknippade med hälsan. Projektet fick också följa

hälsokommunikatörernas arbete på en vårdcentral, en familjecentral och på en BVC-mottagning.



Marija Trivic-Obradovic, hälsokommunikatör samtalar med en av deltagarna i introduktionsverksamheten hos Liber Hermods. Foto: Martin Israelsson

Ett annat sätt att få en god inblick i och en uppfattning om hur hälsokommunikatörernas arbete uppfattas i de verksamheter som de arbetar inom var att genomföra strukturerade intervjuer med chefer inom primärvården, barnhälsovården och introduktions- och sfi-verksamheterna.

Intervjuerna inom hälso- och sjukvårdssektorn gjorde Katarina Löthberg. Hans-Eric Wikström intervjuade ledare och personal inom introduktions- och sfi-verksamheterna. Intervjuresultatet sammanställdes i en rapport<sup>7</sup> som bifogas denna slutrapport. Det samlande och kvarstående intrycket är att alla samarbetsparter uppskattar hälsokommunikatörernas arbete. De som till en början var skeptiska är nu mycket nöjda med samarbetet. De som inte inledningsvis ville samarbeta har inbjudit till samarbete. Hälsokommunikatörerna är organiserade i en pool från vilken organisationer kan beställa aktiviteter. Efterfrågan är större än tillgången. De problem som redovisas är av organisatorisk art och går att övervinna.

Spridning och påverkan har också försiggått genom att deltagande i olika konferenser som

<sup>7</sup> Katarina Löthberg, Hans Eric Wikström (2006), *Effekter av Hälsokommunikatörernas arbete inom primärvården inom Sydvästra sjukvårdsdistriktet Region Skåne och i Malmö stad – en intervjustudie*

fokuserat på områdena folkhälsa, migration och hälsa. Vid dessa har alltid funnits möjlighet att tala om hälsokommunikatörsverksamheten som ett medel och en metod att påverka hälsoutvecklingen på både individuell och nationell nivå. Vid dessa sammankomster har informationsmaterial delats ut och möjligheter att informera enskilda personer har nyttjats.

Projektet har också kontaktats av bl. a länsstyrelser för att göra presentationer på konferenser som de anordnar. Upprinnelsen till dessa inbjudningar har varit att någon från länet deltagit i någon av de nationella konferenserna och velat sprida kunskapen vidare i de regionala organisationerna. Även kompetensutvecklingsinstitut har inbjudit projektet att hålla seminarier i deras regi. Under hösten 2007 har Bodil Sandstedt, tidigare folkhälsstrateg i Region Skåne, engagerats för att hålla regionala seminarier och därvid kunnat nyttja sina tidigare kontakter med folkhälsstrateger runt om i landet. Fokus har legat på att nå chefer och politiker inom hälso- och sjukvårdsarbetet. Förutom de seminarier som hållits i Göteborg, Norrköping och Karlskrona har Bodil Sandstedt haft många kontakter i Norrbottens och i Kalmar län, länsstyrelsen och landstinget, samt kontakterna med landstingen i Stockholms respektive Örebro län.

Till rapporten fogs en förteckning över genomförda aktiviteter och relevanta utvärderingar.

### **Spridnings och påverkanskonferenser**

Ett av projektets mål var att skapa en samsyn kring hälsokommunikatörernas roll. Detta arbete har bedrivits rätt intensivt. Projektet har genomfört fyra nationella spridnings- och påverkanskonferenser under rubriken *Förbättra folkhälsan – inspiration och lärande!*. De har varit välbesökta och mycket uppskattade. I utvärderingarna har presentationerna skattats till 4,2 eller mer av 5. Den kritik som framförts har handlat om att det var för ont om tid, att man inte hann reflektera tillsammans, att det var mycket att ta in på en gång. Av kommentarerna har också framgått att man vill arbeta vidare på hemmaplan för att etablera hälsokommunikatörsverksamhet.

Då planeringen av konferenserna startade uppstod insikten om att det inte var önskvärt att presentera bara hälsokommunikatörsverksamheten i Malmö. Malmös exempel har fått efterföljd i Landstinget i Blekinge och senare i Östergötland inom regionförbundet Östsam. Dessutom finns hälsofrämjande verksamhet i Värmland med fokus på asylsökande, där man har ett nätverk av specialistsjuksköterskor runt om i länet, vilka samordna i en grupp av en person centralt i landstinget. I Västerås finns Folkhälsobyran Dolveni, som bedrivs i privat regi och har uppdrag från både kommunen och landstinget. Verksamheten har delfinansierats bl. a genom arvsfonden. Folkhälsobyran har gjort en undersökning som visade att nyanlända invandrare var missnöjda med kontanterna med vårdcentralspersonalen och med det bemötande de fått. Personalen på vårdcentralen var missnöjda med patienterna. Undersökningen följdes av interventioner. I invandrargruppen ledde dessa till att patienterna blev mer nöjda då deras kunskaper ledde till att förväntningarna kom att vara rimliga i förhållande till hälso- och sjukvårdssystemet. Förståelse skapade trygghet. Personalens attityder förändrades dock inte i positiv riktning och det tolkas som att de hade blivit varse problem, som inte åtgärdas. En rimlig slutsats är att undersökningsresultatet borde ha lett till exempelvis kompetensutveckling för att rusta personalen att möta den aktuella patientgruppen, som avvek från den gängse.<sup>8</sup>

Folkhälsobyran har i sitt arbete fokuserat bl. a på mödrahälsovård och barn med neuropsykiatriska diagnoser.<sup>9</sup>

I Göteborg pågår sedan slutet av 1990-talet ett folkhälsoarbete för att förebygga spridning av HIV och Aids – *Sesamhuset i Gunnared*.<sup>10</sup> Detta har framför allt finansierats av Socialstyrelsens resurser för HIV/Aids prevention. Arbetet har utvecklats till att också fokusera på den generella hälsan. Sedan 2006 har dock verksamheten åter fått instruktion att fokusera på HIV/Aids prevention. I Göteborgs

<sup>8</sup> [www.folkhalsobyran.se/pdf\\_p\\_utf/SALVEORapport.pdf](http://www.folkhalsobyran.se/pdf_p_utf/SALVEORapport.pdf)

<sup>9</sup> [www.folkhalsobyran.se](http://www.folkhalsobyran.se)

<sup>10</sup> [www.sesamhuset.goteborg.se](http://www.sesamhuset.goteborg.se)



nordöstra stadsdelar pågår också en verksamhet som kallas Hälso- och sjukvård. <sup>11</sup> Verksamheten fokuserar i hög grad på fysisk aktivitet, kost och gemenskap. På Hälso- och sjukvård arbetar man bland annat med studiecirkelsmetodik, som innebär att man utbildar lekmän med rötter i målgruppen så att de kan arbeta med de olika hälsofrågorna inom exempelvis invandrarföreningar.



Josefin Wängdahl från Hälso- och sjukvård i Angered leder konferensdeltagarna i lättgymnastik. Foto: Katarina Löthberg

Det eftertraktade målet, som är gemensamt för alla hälsokommunikativa verksamheter, är att de utrikes födda ska tillägna sig högre grad av kunskap om det svenska samhället och specifikt om den svenska hälso- och sjukvården. Kunskaperna förväntas leda till adekvata förväntningar, möjligheter att ta vara på det som erbjuds och ytterst ett ökat förtroende för och förståelse av det svenska samhället

Projektet har också etablerat kontakt med Statens folkhälsoinstitut i akt och mening att hålla Folkhälsoinstitutet informerat om det fortlöpande arbetet då det i hög grad arbetar inom Folkhälsoinstitutets nio målområden. Dessutom är folkhälsoinstitutet en viktig partner i spridnings- och påverkansarbetet. Kontakterna har inskränkt sig till att Håkan Brodin, folkhälsoekonom hållits informerad om projektets arbete. De två forskningsprojekten som startat under hösten 2007 har väckt folkhälsoinstitutets uppmärksamhet. Det har resulterat i att Isis

<sup>11</sup> [www5.goteborg.se/prod/larjedalen/sdflarjedalen/dalis2.nsf/vy/FilArkiv/151\\_06\\_halsoteket\\_bil.pdf/\\$file/151\\_06\\_halsoteket\\_bil.pdf](http://www5.goteborg.se/prod/larjedalen/sdflarjedalen/dalis2.nsf/vy/FilArkiv/151_06_halsoteket_bil.pdf/$file/151_06_halsoteket_bil.pdf)

Nyampame, analytiker på Statens Folkhälsoinstitut, ingår i *IMHAD:s* <sup>12</sup> referensgrupp.

Projektet blev under våren 2007 kontaktat av marknadsföringsföretaget Nordisk kommunikation, som fått uppdraget att för Socialstyrelsens räkning ta fram en kommunikationsplan för Hiv/aids preventivt arbete. I ett omfattande samtal beskrevs hur hälsokommunikatörerna kan vara utmärkta agenter i detta arbete, eftersom sexualitet och samlevnad är ett av de områden som de arbetar med och att det i detta sammanhang är naturligt att tala om sexuell hälsa och sexuellt överförbara sjukdomar, STI. Den arena som introduktionsverksamheten och sfi erbjuder medför också att en stor andel av målgruppen nyanlända invandrare nås av informationen utan att någon särskild grupp utpekas som riskgrupp. Information om och dialog kring STI kräver särskild lyhördhet för kulturella och i traditionen förankrade synsätt och beteenden.

Samtalet hos Nordisk kommunikation följdes upp av att projektet inbjöds till ett möte på Socialstyrelsen där företrädare för olika organisationer diskuterade en möjlig kommunikationsstrategi. Denna kontakt har lett till att Robert Jonzon på Socialstyrelsen anmält intresse för att ingå i kohortstudiens referensgrupp.

Föregångaren till nuvarande Regionförbundet Södra Småland har under många år arrangerat den konferens som gått under benämningen Tylösandsveckan. Varje år i maj har Internationella hälsokommunikatörer funnits med och presenterat sin verksamhet på olika sätt under hela Equal-perioden 2002–2007. På detta sätt har budskapet nått ut till de flesta av Sveriges kommuner, många medarbetare på Migrationsverket respektive Integrationsverket och flera av landets landsting.

Hälsofrämjande sjukhus är en rikstäckande organisation som håller årliga konferenser. I september 2006 hölls en konferens i Malmö och internationella hälsokommunikatörer fanns på plats och informationsmaterial både

<sup>12</sup> [www.temaasyl.se](http://www.temaasyl.se), [www.pvsverige.se](http://www.pvsverige.se)

om deras verksamhet och om spridnings och påverkansprojektet delades ut.

Vid politikerveckan i Almedalen, i Visby på Gotland medverkade Svenska ESF-Rådet i juli 2007. Inom ramen för detta arrangemang medverkande också NTG asyl och integration. Detta projekt fanns på plats och delade ut informationsmaterial, deltog i seminarier och diskuterade nyanlända invandras ojämlika hälsa med ett stort antal personer. Särskilt glädjande var att landstingsrådet Henrik Hammar i Region Skåne vid två olika seminarier framhöll Internationella hälsokommunikatörer som ett gott exempel på hur man kan bearbeta ojämlikheter i folkhälsa.

Vårdalinstitutet<sup>13</sup> är en nationell miljö för forskning och utveckling inom vård och omsorgsområdet i nära samverkan mellan universiteten och huvudmännen för vård och omsorg. Projektet var presenterat vid Vårdalinstitutets senaste konferens i november 2007. *"Invandrad till Sverige hälsa, ohälsa och tillgång till hälso- och sjukvård"*. Flera av presentationerna pekade på vikten av mer forskning kring migration och hälsa. Värdefulla kontakter för det framtida arbetat med att etablera hälsokommunikatörer togs. I det partnerskap som ansvarar för kohortstudien IMHAD finns representanter med kontakter in i Vårdalinstitutet och en presentation av de forskningsprojekt som är ett resultat av detta projekt kommer att presentera sina rön vid nästa Vårdalkonferens.

### **Spridning och påverkan inom EU**

Arbetet med att sprida erfarenheterna och utöva påverkan på den europeiska arenan har inte varit omfattande. I juni 2006 var projektet presenterat vid en konferens med titeln *"Getting asylum seekers into employment – challenges and opportunities"*. Konferensen anordnades 12 June 2006 i Chania på Kreta av Greek managing authority, Greklands motsvarighet till Svenska ESF-Rådet, och den Europeiska tematiska gruppen inom Equal-programmet, ETG5, Equal Asylum Seekers. Här presenterade projektet

Hälsokommunikatörerna som en verksamhet som tar tillvara invandras kompetenser och därmed öppnar en ny arbetsmarknad för invandrare, inklusive asylsökande. Vid konferensen deltog också andra Equal-partnerskap som var intresserade av hälsa som en förutsättning för arbete och en väg in på arbetsmarknaden.

I mars 2007 fick detta projekt i uppdrag att presentera Internationella hälsokommunikatörer som en Best Practice med anledning av att Portugal, ordförandeland i EU hösten 2007, valt Hälsa och Migration som ett viktigt tema att arbeta med under ordförandeskapet. Portugals regering vände sig till medlemsstaterna och bad om förslag på goda exempel med anledning av att man planerade en skrift om migration och hälsa<sup>14</sup>, där den aktuella situationen på området skulle beskrivas med forskningsrön. Till denna skrift ville man foga en samlingsvolym innehållande beskrivningar på projekt som arbetade med migranternas hälsa. Exemplet speglade dels samhällets behov av god folkhälsa men också hur migranternas hälsa kunde främjas. Socialdepartementet vidarebefordrade frågan till NTG asyl och integration, som skickade den vidare till detta spridnings- och påverkansprojekt.

Projektet författade en artikel om Internationella Hälsokommunikatörer<sup>15</sup> och en bakgrundsteckning av situationen på området hälsa och migration i Sverige<sup>16</sup>. Artiklarna skickades till Portugal. Exemplet Internationella Hälsokommunikatörer valdes ut som ett gott exempel från Sverige tillsammans med ett exempel från Barn och ungdomspsykiatri i Stockholms läns landsting i vilket Charlotta Wiberg beskrev hur olika myndigheter och specialister arbetat

<sup>14</sup>

[www.eu2007.minsaude.pt/PUE/en/conteudos/programa+da+sauade/Publications/Report+Best+Practices.htm](http://www.eu2007.minsaude.pt/PUE/en/conteudos/programa+da+sauade/Publications/Report+Best+Practices.htm)

<sup>15</sup> Health and migration Good Practice Example, Empowering migrants – health promotion and accessibility (2007)

<sup>16</sup> Health and migration Good Practice Example, Background paper to Best practice in the field of migration and health, Empowering migrants – health promotion and accessibility (2007)

<sup>13</sup> [www.vardalinstitutet.net](http://www.vardalinstitutet.net)

i team med barn med uppgivenhetssyndrom i ett familjecentrerat arbete.

Artiklarna ledde till att Charlotta Wiberg och undertecknad blev inbjudna till ett Best Practice möte i Bryssel på Portugals ambassad den 18 april 2007. Där fanns företrädare för de flesta medlemsstaters regeringar medan Charlotta Wiberg och jag representerade praktikerna. En kort presentation, tre minuter, av hälsokommunikatörsprojektet ledde till frågor om organisation, genomförande och effekter.

Ytterligare en effekt av kontakterna med Hälsoministeriet i Portugal var att projektet inbjöds att delta i en konferens i Lissabon 26-28 september. Konferensens titel var "*Health and Migration in the EU: better health for all in an inclusive society*".<sup>17</sup> Det portugisiska ordförandeskapet ansåg att det fanns ett omedelbart behov av att bearbeta temat hälsa och migration. Syftet med konferensen var att erbjuda en vetenskaplig plattform för de politiska reflektioner som behövs för att introducera detta viktiga och länge förbisedda tema på den europeiska agendan.

Beklagligt nog har dessa två möten i ringa grad lett till fortsatta kontakter med andra personer i Europa, som arbetar med frågan. Det forskningsprojekt *Effekter av hälsokommunikatörernas arbete i ett mångkulturellt samhälle*, och som fått ett internationellt mer gångbart namn *Impact of International Health Advisors, IMHAD*, har kontakt med och ingår i det nätverk kring migration och hälsa som bl. a Prof. Dr. David Ingelby<sup>18</sup> från Universitetet i Utrecht är aktiv i. Han var aktiv i Portugals organisation av temat Hälsa och Migration och ingår i forskningsnätverket MIM, Malmö Y, som är en av parterna i ledningen för forskningsprojektet *IMHAD*. En annan kontakt är Mark RD Jonsson, som är medlem i redaktionskommittén för tidskriften *Diversity in Health and Social Care*<sup>19</sup>. Han har uppmanat hälsokommunikatörsverksamheterna i Sverige att publicera sig

<sup>17</sup> [www.eu2007.min-saude.pt/PUE/en/conteudos/programa+da+saude/Publications/Report+Best+Practices.htm](http://www.eu2007.min-saude.pt/PUE/en/conteudos/programa+da+saude/Publications/Report+Best+Practices.htm)

<sup>18</sup> [www.uu.nl/uupublish/onderzoek/onderzoekcentra/ercomer/researchers/profdrdavidingle/26881main.html](http://www.uu.nl/uupublish/onderzoek/onderzoekcentra/ercomer/researchers/profdrdavidingle/26881main.html)

<sup>19</sup> [www.radcliffe-oxford.com/journals](http://www.radcliffe-oxford.com/journals)

i denna tidskrift. Etablerade kontakter är möjliga att fortsätta inom ramen för forskningsprojektet *IMHAD*. Forskningsprojektet finansieras till 50 % av Europeiska flyktingfonden och till 50 % av de parter som ansvarar för projektet, nämligen Region Skåne, Lunds Universitet, MIM Malmö högskola och Uppsala universitet.

Den europeiska konferensen *European Policy Forum Minimum standards and beyond*, genomfördes 22-24 maj 2007 i Malmö. Här medverkade projektet med utställningsmaterial tillsammans med övriga verksamheter inom NTG asyl och integration. Ett bildspel om Hälsokommunikatörernas arbete visades i utställningshallen och broschyrer delades ut. Från denna konferens finns också en kort intervju om hälsokommunikatörernas arbete i den informationsfilm som Landstinget i Blekinge gjort om deras hälsokommunikatörsarbete. Filmen finns att tillgå via Birgitta Lundberg, Vårdstrateg/verksamhetschef på [www.ltlekinge.se](http://www.ltlekinge.se)

## Aktivitet nr 2

Den andra aktiviteten på listan bestod i ett detektivarbete då det gällde att:

*spåra upp, kartlägga personer med utländsk bakgrund som kan vara intresserade av att utbildas till hälsokommunikatörer. Dessa kan idag vara*

- arbetssökande med erfarenhet av svenskt vård- och omvårdnadsarbete,*
- arbetssökande utan erfarenhet av svenskt vård- och omvårdnadsarbete,*
- arbetslösa inom vård och omvårdnad men vilja nyttja sin mångkulturella kompetens på ett mer adekvat sätt,*
- vara asylsökande*

Denna aktivitet visade sig vara mycket svårare än förutsett. Kontakter togs med arbetsförmedlingen för att diskutera metoder för att hitta arbetslösa eller arbetssökande personer med bakgrunder enligt ovan. Det visade sig att det inte fanns några centrala register som kunde användas. Enda möjligheten var att vända sig till arbetsförmedling efter arbets-



förmedling runt om i landet eller åtminstone i de områden som var invandrartäta och som därför kunde ha nytta av hälsokommunikatörernas arbete. Med tanke på den tidsödande process detta bedömdes innebära lades denna aktivitet ner.

### **Aktivitet nr 3**

Nästa aktivitet nämligen att:

*informera personer med utländsk bakgrund, om hälsokommunikatörsrollen och om möjligheten att utbilda sig till hälsokommunikatör*

visade sig vara mycket svår. I och med att aktiviteten med att hitta personerna genom arbetsförmedlingen inte gav resultat lades den direkta uppsökande verksamheten ned. Utlandsfödda med den specificerade grundskunskapen nåddes med information om hälsokommunikatörsrollen och denna nya profession endast indirekt då de i olika sammanhang hörde talas om hälsokommunikatörer och möjligheten att utbilda sig och arbeta i detta nya yrke.

### **Aktivitet nr 4**

Den fjärde aktiviteten skulle bestå i att:

*samarbeta med arbetsförmedlingen, rekryteringsföretag och vårdföretag kring rekryterings- och kvalitetsfrågor inför etableringen av en kvalificerad yrkesutbildning.*

För att etablera en ny yrkesroll behövs en utbildning som ger yrket legitimitet. Därför åtog sig Uppsala att, redan under slutfasen av RE-KOMP hösten 2005, skriva en ansökan om att få genomföra en Kvalificerad yrkesutbildning, KY, till hälsokommunikatör. Samarbetet med olika verksamheter för att etablera den kvalificerade yrkesutbildningen, var intensivt före detta projekts etablering och i inledningen av detsamma. Redan under arbetet med ansökan till KY-myndigheten togs kontakter med vårdföretag, landsting och kommuner, med arbetsförmedlingen och med de fackliga organisationer, som företräder olika personalgrupper inom hälso- sjukvårds- och omsorgs-

verksamheterna bl. a. Sveriges kommunalarbetsförbund och Vårdförbundet.

Efter det att Uppsala kommun erhållit beslut om att starta en Kvalificerad Yrkesutbildning, beslutades att anförtro uppdraget till Uppsala kommuns kommunala vuxenutbildning. Marknadsföringen skulle fortsättningsvis skötas av utbildningsanordnaren. Vuxenutbildningen i Uppsala startade arbetet med att planera utbildningen. Bland annat producerades en informationsbroschyr i 900 exemplar, vilka spreds över hela landet till landstingens enheter för kompetensutveckling och personalrekrytering samt till kommunernas lärcentra. Slutligen sattes en annons in i gratistidningen Metro.

Marknadsföringen av utbildningen ledde till att ca 15 personer skickade in en ansökan. Så gott som samtliga saknade allmän behörighet för högskolestudier, vilket är ett behörighetskrav för att få plats i en kvalificerad yrkesutbildning. Denna situation skulle dock inte behöva hindra kursstart, eftersom behörigheten kan läsas in parallellt med utbildningen. Dock startade inte utbildningen, då deltagarantalet var för litet för att få ekonomin att gå ihop. De ekonomiska villkoren för kvalificerade yrkesutbildningar innebär att utbildningsanordnaren erhåller ersättning endast per examinerad studerande. Således måste antalet deltagare i kursen vara sådant att utbildningsanordnaren kan räkna med att täcka sina utbildningskostnader.

Ett annat problem för att etablera en utbildning är försörjningen för deltagarna. En kvalificerad yrkesutbildning berättigar till studiemedel. De som idag är hälsokommunikatörer vittnar om att intresset för att ta studielån för att utbilda sig är lågt i målgruppen. Så vitt bekant finns ingen kartläggning av invandrares benägenhet att försörja sig på studielån under utbildningstiden.

## Aktivitet nr 5

Projektets femte aktivitet bestod i att:

*samarbeta med den organisation som får i uppdrag att genomföra en kvalificerad yrkesutbildning till hälsokommunikatör*

Samarbetet var inledningsvis intensivt. Då det visade sig att mycket få sökt den utbildning, som anordnades av Kommunal vuxenutbildning i Uppsala och att den därför inte kunde komma igång, så diskuterades möjligheten att överlämna uppdraget till annan utbildningsanordnare. Det låga intresset kunde kanske bero på att det inte fanns några hälsokommunikatörer i Uppsala med omnejd och därmed inga förebilder. Dessutom på att det inte fanns personer med lämplig bakgrund enligt kravspecifikationen för behörighet till utbildningen. I Malmö och i Blekinge finns hälsokommunikatörer. Intresse för att etablera funktionen i övriga Skåne finns. Mot den bakgrunden åtog sig Lernia i Malmö att göra ett nytt försök att starta utbildningen. På grund av oklarheter om antal möjliga kursstarter, om tidpunkter och bristande kommunikation med myndigheten för kvalificerad yrkesutbildning, så kunde, trots alla ansträngningar, utbildningen inte starta.

Sett i backspegeln så kan man nog konstatera att det var lite för tidigt att etablera en nationell utbildning. Kunskapen om hälsokommunikatörsarbetet var för liten och därmed var efterfrågan från kommuner och landsting på kompetensen för låg.

Effekten var att arbetet med att starta en utbildning lades ner med avsikten att återuppta det i ett senare skede. Planerna på en utbildning är nu i slutet av 2007 åter aktuella och nya parter diskuterar möjligheterna att komma igång. Förändringar inom arbetsmarknadsområdet och den nu spridda kunskapen om hälsokommunikatörsverksamheten förefaller tala för att en utbildning kommer att kunna etableras på sikt. Perspektivet är inställt på att hälsokommunikatörspprofessionen ska kunna vara etablerad 2011.

## Aktivitet nr 6

På grund av att aktiviteterna fyra och fem inte gett avsedda resultat så var det inte aktuellt att arbeta med dem sjätte aktiviteten, nämligen att:

*samarbeta med olika vårdutbildningar för att utveckla en kvalificerad yrkesutbildning och kvalitetsfrågor inom hälsokommunikatörsarbetet.*

## Aktivitet nr 7

Effekterna av den sjunde aktiviteten kan ännu inte beskrivas. Denna aktivitet har handlat om att:

*intressera presumtiva arbetsgivare – landstingskommunala, kommunala och privata – för att anställa hälsokommunikatörer med mångkulturell erfarenhet*

I de spridnings och påverkanskonferenser som hållits under projektperioden har påpekats vikten av att utbilda och anställa hälsokommunikatörer. Konferensdeltagare har varit framför allt personer som själva möter och arbetar med nyanlända invandrare i sitt dagliga värv. De har representerat Migrationsverket, hälso- och sjukvården i landets landsting, kommunala och privata introduktionsverksamheter inklusive sfi-anordnare och lärare. Personer från Integrationsverket, Folkhälsoinstitutet, Diskrimineringsombudsmannen med flera har också deltagit. I konferenserna har dock inte de personer som representerar ledningspositionerna hos arbetsgivarna deltagit. Projektet har inte nått dem som arbetar med planering på ett övergripande plan, med utveckling av de samhällsinsatser och den samhällsservice, som efterfrågas av invandrare och med kvalitets- och personalfrågor. Det forskningsprojekt som genomförs inom ramen för detta spridnings- och påverkansprojekt, *Tvärsnittsstudien*, och det andra forskningsprojektet, *IMHAD*, som erhållit medel från Europeiska flyktingfonden, kommer enligt planerna att generera data utifrån vilka kan analyseras om en satsning på hälsokommunikatörer har någon effekt på målgruppens hälsa, livsstil och vårdkonsum-

tion. Genom forskningen kommer målgruppens egen uppfattning om hälsa, sociala kapital och förtroende för majoritetssamhället att synliggöras. Insamlade data kommer också att ge underlag för att beskriva effekterna av hälsokommunikatörernas arbete i såväl hälsoekonomiska som samhällsekonomiska termer. När forskningsresultaten föreligger är det också aktuellt att nå andra grupper än dem som hitintills nåtts. Det kan vara värdefullt för bedömningen av projektets resultat att komma ihåg att då hälsokommunikatörsverksamheterna etablerades i Malmö och Region Skåne sydvästra sjukvårdsdistriktet, Blekinge och i Östergötland, så var det utifrån behov som beskrevs av den personal som arbetade närmast målgruppen asylsökande och nyanlända invandrare.

### **Aktivitet nr 8**

Den åttonde aktiviteten bestod i att

*Kompetensutveckla arbetstagare inom vård och omvårdnadssektorerna i mångfalds och mångkulturfrågor för att förbereda organisationerna att tillvarata Hälsokommunikatörernas kompetens.*

Ett stort antal deltagare i spridnings och påverkanskonferenserna har kommit från hälso- och sjukvårdssektorn. Antalet sjuksköterskor har varit stort. Många har arbetat med hälsoundersökningar och hälsosamtal med asylsökande. Andra har arbetat inom olika typer av primärvårdsmottagningar och där mött både asylsökande och andra invandrare. Deltagarna vittnar om att verksamheten ser mycket olika ut i olika landsting och kommuner. Frustrationen är stor då man känner att kraven är större än resurserna och då man gör mer än vad som förväntas – men detta inte synliggörs. Det är ett uppenbart problem att man är oense om vokabulären. Handlar det om hälsosamtal eller om hälsoundersökningar? Vad ska egentligen ingå? Vem ska bekosta verksamheten för vilken målgrupp? Vad gör man med de problem man upptäcker? Är det etiskt försvarbart att finna ett medicinskt problem men inte åtgärda det, eftersom man inte vet om behandlingen hinner avslutas eller kan fullföljas om ett

avvisningsbeslut kommer? Således påtalas många dilemman. Det hela botten ytterst i politikens vaga beslut och riktlinjer, och den därmed nödvändiga tolkningen, som måste göras lokalt. Vilken tolkning det blir, och vilka direktiv hälso- och sjukvårdspersonalen får, beror på hur det enskilda landstinget ser på sitt uppdrag och hur det samarbetar med de kommuner som ingår i landstingsområdet.

Genom de presentationer som gjorts av innehållet i hälsokommunikatörernas arbete, genom frågor som ställts under konferenserna, genom de diskussioner som försiggått och genom de möjligheter som presenterats kan man anse att en kompetensutveckling för deltagarna har ägt rum. Diskussioner har också förts om hur både kommunala introduktionsverksamheter inklusive svenska för invandrare och landstingens hälso- och sjukvårdsarbete skulle kunna utvecklas om man hade möjlighet att få samarbeta med hälsokommunikatörer. Kanske kan hälsokommunikatörernas arbete leda till att fler fullföljer de introduktionsverksamheter de deltar i – en stor del av avbrotten beror på sjukskrivningar. Hälsokommunikatörernas insatser kan förhoppningsvis leda till mer adekvat användning av hälso- och sjukvården. Kan aktiviteterna leda till en mer hälsofrämjande livsstil, så kan det leda till att fler blir självförsörjande. Hälsokommunikatörernas kunskaps- och kompetensuppbyggande verksamhet kan leda till att hälso- och sjukvårdspersonalen kan fokusera på att lindra, behandla och bota, då hälsokommunikatörerna tar hand om det pedagogiska hälsofrämjande arbetet.

### **Aktivitet nr 9**

Aktivitet nummer nio bestod i att:

*i samarbete med olika organisationer och blivande hälsokommunikatörer fokusera på kommunikationens roll och olika aspekter av ett mångkulturellt samhälle.*

Denna aktivitet har funnits med i flera av de övriga aktiviteterna. I konferenserna har det varit viktigt att penetrera både rollen som hälsokommunikatör och olika aspekter av ett

mångkulturellt samhälle. Fokus har då legat på hälsokommunikatörernas brobyggarfunktion. De samarbetar med företrädare för majoritetssamhället för att stödja integrationen av de nya svenskarna. De har till uppgift att skapa förståelse hos de båda grupperna om behov, villkor och förväntningar hos var och en av dem.

### Aktivitet nr 10

Inom ramen för aktivitet nummer tio poängterades samarbete med en rad organisationer.

*Samarbeta med olika organisationer som har inflytande över och intresse av vård och omvårdnadsfrågor. Exempelvis arbetsgivar- och arbetstagarorganisationer, patientorganisationer (exempelvis hjärt- och lungsjukas förening), pensionärsorganisationer, försäkringskassan*

Kontakter med de olika arbetstagarorganisationer, som i sitt arbete både kommer i kontakt med och skulle kunna tänkas organisera hälsokommunikatörer har tagits. Intresset har varit ljumt varför denna aktivitet inte utvecklats. Kontakterna med övriga organisationer har inte tagits då de bedömts ge liten effekt och andra aktiviteter gott och väl fyllt den tid som stått till förfogande.

### Aktivitet nr 11 och 12

Aktiviteterna nummer elva och tolv bestod i att:

*utveckla en modell för beskrivningar och beräkningar av hälsovinster ur ett folkhälsoperspektiv*

och att:

*utveckla en modell för beskrivningar och beräkningar av samhällsekonomiska vinster av att anställa hälsokommunikatörer*

Under det första projektåret ägnades mycket huvudbry och mycket letande för att få igång och för att få ut något resultat av dessa båda aktiviteter. Ett stort antal rapporter om hur hälsovinster kan beräknas gick igenom. Kontakter togs med personer som var kunniga inom

forskningsområdet folkhälsa och beräkning av olika interventioners effekter på hälsa. Intresset för att diskutera metoder för att ta reda på effekterna av hälsokommunikatörernas arbete var svagt. Under hösten 2006 hittade projektet dock en rapport med titeln *Förebygga eller bota, om kostnadseffektiva sjukvårdsförebyggande metoder inom hälso- och sjukvården*.<sup>20</sup> Rapporten hade sammanställts av en grupp forskare under benämningen CDUST. Bokstäverna står för de landsting som gemensamt tagit fram rapporten – Landstinget i Uppsala län, Landstinget Sörmland, Örebro läns landsting, Landstinget Västmanland och Landstinget Värmland. Författarna kontaktades och så småningom svarade två av rapportmedarbetarna på ropet på hjälp. Det var fil dr. Inna Feldman, med statistik som specialitet, från Landstinget i Uppsala län och Lars Hagberg verksam i Örebro läns landsting. Lars Hagberg var i färd med att avsluta sitt avhandlingsarbete om fysisk aktivitet på recept. Ett första möte hölls den 16 januari 2007. Idéer om hur effekterna skulle kunna mätas började utvecklas. I april presenterade Lars Hagberg ett utkast till ett forskningsprojekt.



Achraf Daryani, forskare, Uppsala, Ali Sher Sarajuddin, internationella hälsokommunikatörer, Malmö och Magdalena Urbanska, personalutvecklare, Landstinget i Blekinge. Foto: Katarina Löthberg

Under ett antal möten utvecklades idéerna. Achraf Daryani, fil dr. med inriktning på metabola syndromet och diabetes, som arbetat tillsammans med bl a Inna Feldman, kontak-

<sup>20</sup>

[www.orebroll.se/upload/OLL/Samhallsmedicin/Dokument/%C3%96vriga%20rapporter/Forebygga\\_eller\\_bota.pdf](http://www.orebroll.se/upload/OLL/Samhallsmedicin/Dokument/%C3%96vriga%20rapporter/Forebygga_eller_bota.pdf)

tade projektet och anmälde sitt intresse för en studie.

Under letandet efter modeller och metoder för att studera effekterna kom projektet också i kontakt med en rapport om hur befolkningen i sydvästra sjukvårdsdistriktet i Region Skåne såg på tillgängligheten inom hälso- och sjukvården. *Befolkningen och vårdcentralen i Sydvästra Skåne Befolkningens syn på och önskemål om tillgänglighet, kontinuitet och handlingspreferenser. 2006.*<sup>21</sup>

Undersökningen var gjord av forsknings- och utvecklingsstrategerna vid primärvården Region Skåne, fil. doktorerna Annkristin Jansson och Per Nyberg. De kontaktades och intresserade sig för den studie som var under planering.

Vid samma tidpunkt fick projektet kontakt med Susanne Sundell Lecerof, analytiker vid Integrationsverket. Också hon anmälde intresse för att beforska effekterna av hälsokommunikatörsfunktionen. Susanne Sundell Lecerof hade deltagit i produktionen av rapporten *Hälsa på agendan! Erfarenheter av hälsokonsekvensbedömningar (HKB) inom Integrationsverkets verksamhetsområde, 2007.*<sup>22</sup> Susanne Sundell Lecerof skulle bli ledig för nya arbetsuppgifter, eftersom integrationsverket skulle läggas ner sista juni 2007. Här fanns nu två kompetenta personer, Achraf Daryani och Susanne Sundell Lecerof att tillgå för att genomföra de förslag till studier, *Tvärnsnittsstudien* inom ramen för detta projekt respektive *IMHAD* som blev ett flyktingfondsprojekt. Studierna var en konsekvens av mötet med olika forskare och det som fordrades var finansiering.

En grundlig genomlysning av projektets ekonomiska situation och en beräkning av kostnaderna för en tvärsnittsstudie gav vid handen att det behövdes ca 150 tkr utöver de resurser som projektet disponerade. *Tvärnsnittsstudien* skulle undersöka sambandet mellan hälsokommunikatörernas arbete i Malmö och nyanlända irakiernas kunskaper och kompetenser på hälso- och sjukvårdsområdet, livsstil, förtroende för samhället, syn på sin egen hälsa

etc. En framställan till NTG asyl och integration ledde till att projektet beviljades 150 tkr ur den tematiska gruppens budget.

Den andra studien som planerades var betydligt mer omfattande. En plan för en kontrollerad utvärderingsstudie utformades. Studien benämndes *Effekter av hälsokommunikatörernas arbete i ett mångkulturellt samhälle.*<sup>23</sup> Då det vid denna tidpunkt förspordes att det fanns en pott pengar kvar i Europeiska flyktingfonden II, startade ett arbete med att i en ansökan beskriva den forskningsidé som växt fram och beräkna kostnaderna för densamma. Idén om ett partnerskap som tog ansvar för forskningen förverkligades då Region Skåne, Lunds universitet, Malmö högskola och Uppsala universitet enades om att gemensamt ställa sig bakom ansökan. Till partnerskapet knöts också andra parter i hälsokommunikatörsverksamheterna – Östsam, en samarbetsorganisation mellan landstinget i Östergötland och kommunerna i länet, Landstinget i Blekinge och Blekinge tekniska högskola.



Susanne Sundell Lecerof, Lunds universitet. I bakgrunden Eva Flodström, Folkhälsobyrån i Västerås. Foto: Katarina Löthberg

Susanne Sundell Lecerof anlätades för att skriva fram forskningsprojektet och projektledaren stod för arbetet med att ta fram budget och finansiering. Företrädare för parterna bidrog alla mycket aktivt i utformningen av

<sup>21</sup> Kontakta Annkristin.jansson@skane.se

<sup>22</sup> www.mkc.botkyrka.se/biblioteket/Publikationer/stencilserie/2007\_01HKB.pdf

<sup>23</sup> Kontakta Katarina.Loethberg@skane.se, eller Europeiska flyktingfonden

ansökan. Denna process var mycket viktig för att skapa delaktighet och långsiktigt intresse för forskningsprojektet. Ur de medel som fanns tillgängliga i ERF II utgick ansökarna från att pengar för forskningsprojektets första år, av de planerade fyra, var möjliga att erhålla. I ansökan beskrevs hela den fyraåriga processen och betonades vikten av att starta studien med medel ur den pågående fondperioden för att inkomma med en fyllig beskrivning av resultaten från första året och en utvecklad beskrivning av forskningsprocessen för år två till och med fyra då ERF III 2008–2013 utlystes.

Den grupp som nu samlats kring möjligheterna att utveckla modeller för att mäta effekterna valde att arbeta i två steg. Det första innebar att göra en *Tvärsnittsstudie av effekterna av hälsokommunikationsarbetet i Malmö*.<sup>24</sup> Studien skulle genomföras i form av en regressionsanalys. Den skulle utröna om det finns ett samband mellan de kunskaper som förmedlats av hälsokommunikatörerna och de kompetenser som målgruppen nyanlända invandrare uppvisar, i sina kontakter med hälso- och sjukvården, om hälso- och sjukvårdssystemet i Sverige, om hur det är avsett att nyttjas, om egenvård, om hälsofrämjande livsstil etc. Fil.dr. Achraf Daryani, åtog sig att genomföra studien. Som samarbetspartner anmälde sig fil. dr. Inna Feldman. Med. dr. Ragnar Westerling, inriktning på socialmedicin vid Uppsala Universitet, kom att agera handledare vid utformningen av studien. Då utformningen av enkäten för datainsamling skedde parallellt med utvecklingen av den andra studien kommer de två studierna att stimulera och befrukta varandra.

En regressionsanalys förutsätter ett relativt stort dataunderlag. Den enkät som utformades översattes till arabiska och frågeformulär på både svenska och arabiska skickades till 1 250 irakiska personer som kommit till Sverige under åren 2005, 2006 och första halvåret 2007. För framtagning av adresser och utskicket anlätades SCB. För översättningen svarade en person som tidigare samarbetat med FoUU Primärvården, Region Skåne. Han hade arbetat som

hälsokommunikatör och var därför förtrogen med hur man talar på arabiska kring de förhållanden som skulle utforskas. Den arabiska versionen kontrollerades genom en återöversättning av en arabiskspråkig forskare inom det samhällsmedicinska området vid Uppsala universitet.

Hypotesen är att de som besvarar frågorna i den utskickade enkäten kommer att fördela sig på två huvudgrupper. Den ena har varit i kontakt med hälsokommunikatörerna, lyssnat på dem, ställt frågor av intresse för den enskilde nyanlände, fått råd av hälsokommunikatörerna och tillägnat sig den kunskap och de kompetenser som avsetts med verksamheten. Den andra gruppen har inte haft kontakt med hälsokommunikatörerna. Analysen ska visa om dessa båda grupperna svarar olika på kunskapsfrågorna, kompetensfrågorna och de frågor som avser att mäta respondenternas tillit till den svenska hälso- och sjukvården och det svenska samhället. Svarsfrekvensen uppgår till drygt 50 %. Detta betraktas som ett mycket gott resultat med tanke på svårigheterna att fånga in målgruppen. Två tredjedelar har svarat på den arabiskspråkiga versionen av enkäten och övriga på den svenskspråkiga. En mycket stor andel av respondenterna har uppgivit namn och adress för vidare kontakter.

Medel har reserverats av Uppsala kommun för att finansiera analyser av inkomna data under januari och februari 2008.

I denna rapport kan endast redogöras för andel som svarar att de träffat hälsokommunikatörer, respondenternas bakgrundsdata och några variabler som indikerar hälsostatus.

- Totalt svarade 631 personer på enkäten varav 515 valde arabiska versionen och 116 svenska versionen.
- Av de svarande var 57 % män och 43 % kvinnor
- Av de svarande var 33 % 29 år eller yngre, 47 % var i åldern 30–44 år och 17 % var över 45 år
- 73 % kom från städer med en befolkning på mer än i miljon och 22 % från städer

<sup>24</sup> Rapport under produktion. Kontakta Achraf.Daryani@pubcare.uu.se



med mindre än en miljon invånare. Endast 5 % kom från län/bygd

- 43 % hade varit i Sverige 12 år då de besvarade enkäten, 15 % 23 år medan 29 % vistats i Sverige mer än tre år.
- 40 % har akademisk utbildning och 21 % 10–12 års utbildning och 19 % har 7–9 års utbildning
- Endast 9 % hade anställning eller drev egna företag. 11 % var föräldralediga och 69 % studerade varav huvudparten deltog i sfi-utbildning.
- 79 % hade introduktionsersättning eller socialbidrag, endast 12 % var självförsörjande.
- 59 % hade egna hyreskontrakt medan 32 % hade andrahandskontrakt eller var inboende.

Några av studiens data har sammanfattas enligt följande av fil.dr. Achraf Daryani:

Den enkät som nedanstående resultat baseras på innehåller validerade frågor som används i både nationella och regionala folkhälsoenkäter. De svar som målgruppen – irakier som fått uppehållstillstånd och bosatt sig i Malmö under perioden 2006 t o m juni 2007 – avgivit jämförs med resultaten från 2006 års nationella folkhälsoenkät.

Nedanstående resultat gäller för alla som svarat. I de kommande analyserna av insamlade data kommer de som träffat respektive de som inte träffat hälsokommunikatörerna att jämföras på bl. a nedanstående faktorer.

### 1. Hälsa

- Knappt 65 procent av männen och 61 procent av kvinnorna i åldrarna 18-84 år uppgav att de hade *bra hälsa*. *Dålig hälsa* rapporterades av 13 procent bland männen och 14 procent bland kvinnorna. Skattningarna innebär att målgruppen skattar sin hälsa som mycket sämre än befolkningen på riksnivå.
- *Långvarig sjukdom* var cirka 58 procent såväl bland män som bland kvinnor.

*Allergiska* besvär hade 24 procent, *depression* hade 22 procent, *ledgångsreumatism* hade 21 procent, *sjukdom i mage eller tarm* hade 16 procent, och *högt blodtryck* hade 13 % av populationen. På samtliga variabler är andelen högre i målgruppen än på riksnivå.

- Drygt 35 procent av männen och 40 procent av kvinnorna hade *nedsatt psykiskt välbefinnande*. Den största andelen med nedsatt psykiskt välbefinnande återfanns bland medelålderskvinnor 45-64 år samt kvinnor som var äldre än 65 år. Dessa värden för målgruppen är i det närmaste dubbelt så höga, som för befolkningen i genomsnitt.

### 2. Vårdkontakt

- Kvinnor hade i större utsträckning än män haft *kontakt med sjukvården* under de senaste 3 månaderna (63 procent av männen och 76 procent av kvinnorna). Män som var äldre än 65 år hade däremot haft *kontakt* med vården i större utsträckning än kvinnor i samma ålderskategori (100 procent av männen och 80 procent av kvinnorna). Det var en betydligt större andel kvinnor än män som avstått att söka läkare.
- De vanligaste orsakerna till att avstå från att söka läkarvård var: för långa väntetider (41 procent), språksvårigheter (32 procent), svårt att komma fram på telefon (25 procent) och fick inte besökstid snabbt (24 procent). Bland män och kvinnor uppgav 20 procent att de inte trodde att läkarbesök kunde hjälpa.

### 3. Levnadsvanor

- *Fetma* var något vanligare bland män (17 procent) än bland kvinnor (15 procent). Fetma var också betydligt vanligare bland män (10 procent) som var yngre än 29 år än kvinnor (5 procent) i samma ålderskategori. Jämfört



med riksnivå är andelen fetma mycket högre.

- En större andel kvinnor (73 procent) än män (59 procent) uppgav att de var *stillasittande* på fritiden. Dessa värden är avsevärt högre än för riksgenomsnittet (13 respektive 15 procent).
- Männerna var i större utsträckning *fysiskt aktiva* (43 procent) än kvinnorna (27 procent). Kvinnor i åldersgruppen 30-44 år var minst fysiskt aktiva (26 procent) och män 18-29 år mest (45 procent).
- Kvinnorna var betydligt mer måna om att *undvika fet mat* än männen. Det var 29 procent av männen och 20 procent av kvinnorna som var minst måna att undvika fet mat. Kvinnorna åt betydligt oftare *fiberrikt mat* än männen. Drygt 30 procent män och knappt 20 procent kvinnor uppgav att de inte var måna att äta fiberrikt mat.
- Andelen *daglig rökare* var sex gånger vanligare (31 procent) bland männen än bland kvinnorna (5 procent). Det betyder att männen i denna grupp röker dubbelt så mycket som män på riksnivå.

#### 4. Kontakt med hälsokommunikatörer

- Det totala antalet som uppgivit att de vid något tillfälle träffat HK utgör 20 % av respondenterna.

En större andel kvinnor (26 procent) än män (16 procent) uppgav att de har haft kontakt med hälsokommunikatörer (HK). Drygt 30 procent av männen och 20 procent av kvinnorna uppgav att de har träffat HK en gång.

Av dem som uppgivit att de har träffat HK flera gånger var knappt 70 procent män och 80 procent kvinnor.

- Mer än hälften av dem som svarat att de har träffat HK har gjort det på svenska för invandrare, sfi, (59 procent), introduktionsverksamhet (26 procent) och i samband med läkarbesök (16 procent).
- Av dem som träffat HK var det 70 procent som fått information från HK om svensk sjukvård, 55 procent om kost, 41 procent om tandhygien och 31 procent om rökning.

Den fördjupade analysen ska beskriva om det finns skillnader i ovanstående faktorer mellan dem som träffa respektive inte träffat internationella hälsokommunikatörer.

Det är projektets plan att inkomna data ska kunna användas även framgent för olika analyser. Bland annat kommer inkomna resultaten att kunna ställas i relation till det som framkommer i utvärderingsforskningen *IMHAD*.

## Metoder i det hälsokommunikativa arbetet

De olika arbetsmetoder som används av hälsokommunikatörerna har berörts på flera ställen i denna rapport och följande kan ses som en sammanfattning.

Den främsta metoden arbetet är dialogen med individer och grupper av nyanlända invandrare. Arbetet försiggår både inom den kommunala introduktions och sfi-verksamheten och inom företrädesvis primärvården och barnhälsovården. Individuell vägledning förekommer i lägre grad än gruppaktiviteter. Dock upplevs möjligheten att få tala enskilt med en hälsokommunikatör som viktigt. Därför har möjligheter för detta lagts in både inom den kommunala och landstingskommunala verksamheten.

Informationsbroschyrer som presenterar fakta kring sjukdomsorsaker, symptom och egenvård, såväl som olika hälsofrämjande aktiviteter och information om livsstilsfaktorer som påverkar hälsan har producerats. Materialet finns dels på de stora invandrarspråken och dels på svenska. För gruppresentationerna har också ett rikligt OH-material framställts. Kvaliteten har säkrats genom att produktionen av materialet gjorts i samarbetet med läkare och sjuksköterskor.



Sabile Zenulai, hälsokommunikatör, förbereder en lektion om kost.

Hälsokommunikatörerna arbetar också med praktiska aktiviteter kring kost och motion.

Studiebesök på apotek, inrättningar inom primärvården och motionsanläggningar är också viktiga aktiviteter. Postermaterial som anslagits i trapphus i de mycket invandrartäta bostadsområdena har producerats.



Huda Madhi och Sabile Zenulai spelar teater för barnen i öppna förskolan.

Här är arbetet med bilder särskilt viktigt men inte helt oproblematiskt då bilder tolkas olika i olika kulturer. Inom förskolan har man också spelat teater, *Prinsessan som inte ville tvätta händerna*, för att åskådliggöra handhygienens sjukdomsförebyggande effekter.

## Avvikelser från ursprungsplan

De avvikelser från ursprungsplanen som gjorts har redovisats under kommentarerna till varje delaktivitet inom projektet. Den största avvikelsen består i att många fler hälsokommunikativa verksamheter än just den specifika hälsokommunikatörsverksamheten som utvecklades i Malmö tagits in i spridnings- och påverkansarbetet. Det är viktigt att visa att olika metoder och medel kan användas för samma syfte. Denna avvikelse har också lett till diskussioner om vad hälsokommunikatörer ska ha för kompetens, vem som får kalla sig hälsokommunikatör, vad en hälsokommunikatör ska göra, var den ska befinna sig i en nomenklatur, vem som kan vara huvudman, vilka arenor man kan arbeta på och tillsammans med vem. Inte minst har diskussionen om utbildning och kvalitet

kommit i fokus under projektperiodens slut. De olika hälsokommunikatörsverksamheterna och deltagare i konferenserna har aktualiserat frågor kring hur det arbete som gjorts i verksamheterna kan och ska förvaltas, och hur de produkter som presenteras kan bli gemensam och nationell egendom. Behovet av att utveckla "hjulet" tillsammans blir allt mer uppenbart bland praktikerna. Det är nu dags för ägarna av verksamheten att diskutera hur framtiden för den hälsokommunikativa verksamheten, som riktar sig till asylsökande och nyanlända invandrare, kan utvecklas och befästs på nationell nivå. Att erbjuda en nationell Kvalificerad yrkesutbildning var ett försök. Det pågår diskussioner om att göra regionala insatser för att utbilda fler hälsokommunikatörer. Frågan är om dessa regionala aktiviteter kan samordnas och agera på nationell nivå.

## **Resultat och utvecklingsområden**

Efter denna projektperiod är kännedomen om hälsokommunikatörsrollen väl spridd över hela landet. Ett försök att mäta hur informationen nått ut var att skicka en kort enkät, 18 frågor, till de cirka 1100 personer, som finns på den sändlista som använts för att inbjuda till projektets olika konferenser. Adressaterna har därmed nåtts av information om hälsokommunikatörerna vid ett antal tillfällen. Enkäten sändes ut via [www.temaasyl.se](http://www.temaasyl.se) i början av december och svarstiden var endast 10 dagar. Returerna var relativt många då e-postadresser snabbt förändras. Endast 98 svar kom in och någon djupare analys kommer inte att göras. Generellt kan konstateras att svaren var positiva och att de som svarat tror på idén om hälsokommunikatörer. Kommentarer vittnar om behov av vidareutveckling av verksamheten.

## **Hälsokommunikatörsnätverk**

Bland dem som arbetar med hälsokommunikation på många olika sätt, är enigheten stor om att det behövs ett nationellt nätverk för att utveckla verksamhetens praktik men också för att förankra och skapa förtroendet för

hälsokommunikationen bland medarbetare inom både hälso- och sjukvården och inom de kommunala integrationsfrämjande verksamheterna.

Det informationsmaterial som produceras i de olika hälsokommunikationsverksamheterna runt om i landet borde kunna användas gemensamt. Hälsokommunikatörerna behöver också en gemensam plattform för kompetensutveckling. Dessa behov har lett till att ett embryo till ett nationellt hälsokommunikatörsnätverk finns och har alla möjligheter att utvecklas under de kommande åren. Ett sådant nätverk är viktigt för att etablera en nationell utbildning.

## **Bemötande av nya patientgrupper**

Hälsokommunikatörernas roll som agenter i utvecklingen av hälso- och sjukvårdspersonalens kompetenser avseende bemötande behöver utvecklas. Patientgrupperna förändras genom att de består av många olika etniska grupper med vitt skilda förväntningar på hälso- och sjukvården. Den mångkulturella kompetens som hälsokommunikatörerna besitter genom sina erfarenheter från många olika länders hälso- och sjukvård måste tas till vara för att öka förtroendet för det svenska samhället hos de nyanlända invandrarna. Det är ett känt faktum att det är kostsamt för samhället att människor söker vård på fel sätt. Fel sätt betyder att människor inte söker för åkommor som kan lindras och botas effektivt om vård sätts in på ett tidigt stadium, exempelvis diabetes, men också att människor söker vård på akutmottagningen för sådant som var och en kan ta hand om själv initialt, exempelvis övre luftvägsinfektioner.

## **Forskning**

De två forskningsprojekt som emanerat från detta projekt ska ge svar på om hälsokommunikatörernas arbete kan påverka folkhälsan i stort, livsstilen, vårdanvändningen och tilliten till samhället. Insamlade data förväntas också kunna tjäna som underlag för

hälsoekonomiska beräkningar i termer av fler friska år för individerna i målgruppen.

### **Friskare befolkning**

Det yttersta syftet med all hälsofrämjande verksamhet är en friskare befolkning som kan stå till arbetsmarknadens förfogande och utveckla samhället. Detta ger samhället resurser för att till exempel lindra och bota sjukdomar, och därmed till att läkare och sjuksköterskor ges möjlighet att göra det de är specialister på, medan hälsokommunikatörerna specialiserar sig på det pedagogiska hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet. Samarbetet mellan olika kompetenser i ett hälsofrämjande arbete måste fortsätta att utvecklas för att förbättra folkhälsan hos dem som nu har den sämsta hälsosituationen och därmed förbättra hälsostatusen hos hela befolkningen.

### **Perspektiv på folkhälsa**

Folkhälsoarbete har ett långt perspektiv i Sverige. Grunderna till det som idag är Statens folkhälsoinstitut lades då ett första »Allnordiskt förbund för folkhälsa», bildades år 1938 av Are Waerland och Agne Windmark. Historien redovisar bland annat makthavarnas omsorg om medborgarna ur perspektivet ett tryggt och sunt samhälle och insikten om behovet av en frisk och arbetsför befolkning. Hälsokommunikatörverksamheten har samma syfte och ett samarbete med Statens folkhälsoinstitut, för uppnående av gemensamma mål, är väsentligt i det framtida utvecklingsarbetet.

Då projektet nu arbetat för att etablera en ny profession kan det vara intressant att kort återge hur en annan profession inom det hälsofrämjande arbetet, nämligen tandhygienisten, etablerades i Sverige. Carin Björngren Cuadra berättar i sin avhandling *Tandhygienisters arbete med patienter i ett mångkulturellt samhälle – en studie av migrationsrelaterade frågeställningar och samtal, 2005*<sup>25</sup> följande, i mycket korta drag. På 1930-talet började man tala om vikten av

hälsofostran även avseende tänderna. Arbetet med hälsofostran var inget nytt utan ett resultat av en längre historisk utveckling av en social hälsosyn med betoning på förebyggande arbete. Fram till denna tidpunkt låg tandvårdens huvudsakliga fokus på trasiga tänder. Tandläkarna drog ut det som inte gick att laga, provade ut proteser och endast liten tid ägnades åt att tala med patienterna om förebyggande tandvård. Tandsköterskornas huvuduppgift var att assistera tandläkarna. Idéer om att ett förebyggande tandvårdsarbete var nödvändigt, för att höja tandstatusen i befolkningen, utvecklades och ledde till att den första regelrätta utbildningen till tandhygienist startade 1968. Den var ettårig och förkunskapskravet var tandsköterska. Utbildningen blev så småningom 2-årig och 1991 blev tandhygienist ett legitimationsyrke. Den processen tog tjugotre år!

### **Intresse för hälsokommunikation runt om i landet**

Hälsokommunikatörer är en etablerad ordinarie verksamhet i Malmö – både inom hälso- och sjukvården och inom de kommunala integrationsverksamheterna. I Blekinge och i Östergötland pågår utvecklingsarbetet sedan ett par tre år tillbaka. Andra landsting och län arbetar i varierande grad med frågan om hälsofrämjande arbete riktat till denna specifika målgrupp.

Länsstyrelsen i Västernorrland bjöd in detta projekt till ett möte där man samlat företrädare för landsting, kommuner och företagare för att diskutera hur man skulle arbeta för att attrahera fler personer att bosätta sig i länet och hur man kan arbeta för att fler finns i arbetskraften. Inbjudan var ett resultat av att en av medarbetarna i länet deltagit i en av spridnings och påverkanskonferenserna.

I Norrbotten finns en ansvarig sjuksköterska för asylsökande. Hon har deltagit i projektets konferenser och diskuterar med kollegor hur man skulle kunna utveckla verksamheten. Inom Norrbottens läns landsting finns ca 2 000 asylsökande och kvotflyktingar.

<sup>25</sup>[www.mah.se/templates/Page\\_\\_\\_18720.aspx](http://www.mah.se/templates/Page___18720.aspx)

Från Dalarna har en asylsjuksköterska och en person som arbetar med olika integrationsverksamheter deltagit i projektets konferenser och de diskuterar nu vad man kan utveckla på hemmaplan.

I Växjö har Röda korset ett uppdrag att arbeta med hälsofrämjande verksamhet bland nyanlända invandrare och har därför kontaktat projektet.

I Västmanland arbetar man på ett något annorlunda sätt genom en flyktinghälsa som specialiserat sig på asylsökande men också kan behålla patienterna efter det att de fått uppehållstillstånd om det bedöms viktigt. Åt detta håll strävar också asyhlälsan Cosmos i Uppsala. Där menar man att det inte finns behov av hälsokommunikatörer. Länsstyrelsen i Uppsala, med sina nya arbetsuppgifter inom integrationsarbetet, och Regionförbundet Uppsala län har informerat sig om hälsokommunikationsarbetet. Det generella folkhälsoarbetet i Uppsala län manifesteras bl. a genom att länsstyrelsen engagerat sig i frågan och en särskild utbildning på området för länets politiker kommer att hållas i februari 2008. I slutet av november 2007 inbjöds projektet till ett seminarium, som arrangerats av Västra Götalandsregionens primärvårdsorganisation, och hade hälsokommunikation huvudtema.

### Utveckling efter avslutat projekt

Projektets huvudsyfte har varit att sprida kunskapen om hälsokommunikatörernas möjligheter att påverka hälsosituationen bland dem som enligt olika folkhälsoundersökningar visat sig ha den sämsta hälsa i det svenska samhället, nämligen de nyanlända invandrarna, och att påverka andra landsting och kommuner att etablera hälsokommunikatörsverksamhet. Ett annat syfte har varit att etablera en nationell utbildning till hälsokommunikatör. Projektet har syftat till att det på lång sikt kan etableras hälsokommunikativ verksamhet på olika håll i Sverige. Hälsokommunikatörsverksamheten startade 2001 i Malmö och det är projektets förhoppning att en nationell utbildning till hälsokommunikatör ska vara igång senast 2011 och att hälsokommunikatörer ska bli en

etablerad och erkänd profession. Tio år borde räcka för att få genomslag.

Inom ramen för det forskningsprojekt som beviljats medel ur Europeiska flyktingfonden fortsätter arbetet för att denna profession också etableras i andra europeiska länder. Att intresse och möjligheter finns är bekant genom de europeiska kontakter Equal-projekten inom tema asyl haft under åren 2002 – 2007. Det arbetet tog ett viktigt steg då det transnationella partnerskapet ASPIRE! rekommenderade EU-kommissionen och parlamentarikerna i de länder som var representerade i ASPIRE! – Irland, Portugal, Tjeckien, Nederländerna, Tyskland och Sverige – att utveckla en ny profession "Creating a new internationally recognised 'Health Advisor' profession." Om detta kan man läsa i Policy linked Recommendations, Results of transnational cooperation within ASPIRE! project (2004)<sup>26</sup>

För projektet

Katarina Löthberg  
Projektledare

0705-53 30 61

<sup>26</sup>

[www.temaasyl2.episerverhotell.net/Documents/Projekt/ESF %20övr%20EU/Policylinked%20Recommendations%20Result%20of%20Transnational%20Cooperation%20within%20Aspire.doc](http://www.temaasyl2.episerverhotell.net/Documents/Projekt/ESF%20övr%20EU/Policylinked%20Recommendations%20Result%20of%20Transnational%20Cooperation%20within%20Aspire.doc)

## Referenser

CDUST (2004) *Förebygga eller bota, Om kostnadseffektiva sjukdomsförebyggande metoder i hälso- och sjukvård* 120

David Palmer & Kim Ward, (2006) 'Unheard voices': *listening to Refugees and Asylum seekers in the planning and delivery of mental health service provision in London.*

A research audit on mental health needs and mental health provision for refugees and asylum seekers undertaken for the Commission for Public Patient Involvement on Health (CPPIH).

Diskriminering och ohälsa en rapport från bl a Statens folkhälsoinstitut baserat på

- Den nationella folkhälsoenkäten 2004/2006 (kvantitativ)
- SCB:s undersökning 2006 (kvalitativ)

*Effekter av hälsokommunikatörernas arbete i ett mångkulturellt samhälle, ansökan till Europeiska Flyktingfonden II, (2006)*

Gunnel Boström, Karin Nykvist, (2005) *Levnadsvanor och hälsa första resultaten*

Hans Sarv (2005) *Det systemiska tänkandet och det systemiska mötet*

Hälsoinformation och hälsokommunikation, statens folkhälsoinstitut 2004 05 07

Integrationsverkets årsredovisning (2005)

Katarina Löthberg, Hans Eric Wikström (2006), *Effekter av Hälsokommunikatörernas arbete inom primärvården inom Sydvästra sjukvårdsdistriktet Region Skåne och i Malmö stad – en intervjustudie*

Katarina Löthberg, *Health and migration Good Practice Example, Empowering migrants – health promotion and accessibility* (2007) Publicerad i Good Practices on Health and Migrations in the EU, Lisbon, September 2007

KY-folder, information om Kvalificerad yrkesutbildning (KY), Hälsokommunikatörer i ett mångkulturellt samhälle

*Migration and Health; Difference sensitivity from an organisational perspective*, Willy Brandt Conference Proceedings, Edited by Carin Björngren Cuadra and Sandro Cattacin, Malmö University, IMER, MIM, (2007)

Marcela Bravo Landström och Emily Broström, *Rapport om ett folkhälsarbete som stärker integrationsprocessen*, Transnationellt Centrum Stockholms läns landsting, 2005

Policy linked Recommendations, Results of transnational cooperation within ASPIRE! project (2004)

"SALVEO" (2004) Ett projekt med syfte att finna metoder att nå fram till invandrargrupper i Västmanland med information om det svenska sjukvårdssystemet. En extern utvärdering, Leg psykolog Håkan Edlund Tel: 021-381030

S.Ekblad, K Johansson Blight, F Lindenkrone, (2005) *Slutrapport för projektet Hälsofrämjande introduktion*, Karolinska institutet och Integrationsverket

Susanne Sundell Lecerof, Carl-Johan Rydberg, (2007:01) *Hälsa på agendan, Erfarenheter av hälsokonsekvensbedömningar (HKB) inom Integrationsverkets verksamhetsområde*

Susanne Sundell Lecerof, *Health and migration Good Practice Example, Background paper to Best practice in the field of migration and health, Empowering migrants – health promotion and accessibility* (2007)

Sverige behöver en mer human asylpolitik

Utdrag ur Folkpartiet, 2006 03 13

Utbildningsplan för Kvalificerad yrkesutbildning (KY), Hälsokommunikatörer i ett mångkulturellt samhälle, En utbildning som vill bygga broar mellan människor från olika länder och den svenska vård och omsorgspersonalen, 40 KY-poäng, Uppsala kommun, Utbildningsnummer: 20059350. Fastställd av Myndigheten för kvalificerad Yrkesutbildning 20060503, Gäller från och med intag 1.

Utvärdering hälsokommunikatörer Essens rapport.