



UPPSALA
UNIVERSITET

Hälsokommunikation i samhällsorienteringen i Stockholms län 2015-2016

– En utvärderingsrapport

**Josefin Wångdahl
Maissa Al-Adhami**

Socialmedicinsk rapportserie
Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap
ISSN 1402-7070

Utvärderarnas tack

Att lyckas med en utvärdering av det här slaget är inte möjlig utan samarbete med och hjälp från en rad olika personer.

- ❖ Stort tack till alla deltagare och aktörer inom SO som delade med sig av sina erfarenheter och upplevelser.
- ❖ Tack till de aktörer inom projektet som hjälpte till med utvecklingen av enkäten och som granskade översättningarna, samt hjälpte till med att rekrytera deltagare till fokusgrupperna.
- ❖ Tack till alla språkstöd som hjälpte till i samband med enkätundersökningen.
- ❖ Tack Lisa Wernroth vid Uppsala Clinical Research Centre (UCR) som hjälpte till med statistiska frågor.
- ❖ Tack Liza Noor och Samatar Hassan som modererade fokusgrupper på persiska/dari och somaliska.
- ❖ Tack till Achraf Daryani , Hannan Hassan och Liza Noor som granskade och översatte text vid akuta behov.
- ❖ Tack till Irene Muli, student vid masterprogrammet i Folkhälsovetenskap vid institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala Universitet som genomförde och analyserade de individuella intervjuerna.
- ❖ Tack till Erik Berglund vid institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala Universitet som ansvarade och genomförde enkätundersökningens eftermätning.
- ❖ Slutligen, tack till Ragnar Westerling, Eva Åkerman och Annika Åhs vid institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala Universitet för genomläsning av rapporten.

Sammanfattning

Under perioden januari 2015 – augusti 2016 genomförde Centrum för samhällsorientering i Stockholms län i samarbete med Stockholms läns landsting (SLL) samverkansprojektet ”Hälsokommunikation i samhällsorienteringen i Stockholms län 2015-2016”. Finansiering för pilotprojektet och dess utvärdering erhöles från Länsstyrelsen i Stockholms län. Målgruppen för projektet var deltagare i den samordnade samhällsorienteringen¹ i Stockholms län.

Det övergripande målet med projektet var att nyanlända ska bli bättre rustade för etableringsinsatser genom att få ökad kunskap om migration och hälsa samt vad som påverkar hälsan. För att uppnå detta utökades den ordinarie samhällsorienteringen som omfattar 60 timmar med 12 timmar extra hälsokommunikation. I dessa 12 timmar, som presenterades av hälsokommunikatörer anställda vid SLL, ingick teman som hälsans bestämningsfaktorer, migration och hälsa, psykisk hälsa och stress, levnadsvanor, hälsosam mat och fysisk aktivitet samt sexuell och reproduktiv hälsa.

Forskare vid Uppsala Universitet har följt och utvärderat projektet på uppdrag av Centrum för samhällsorientering. Data för utvärderingen samlades in genom enkäter och fokusgruppsdiskussioner med deltagare samt genom individuella intervjuer med aktörer i samverkansprojektet.

Utvärderingen visar att den med hälsa utökade samhällsorienteringen är mer effektiv än ordinarie samhällsorientering för att få nyanlända att göra något för att förbättra sin hälsa. Oavsett om man deltagit i ordinarie eller utökad samhällsorientering visade resultaten att deltagarna fått kunskap om olika hälsofrågor såsom att vårda sin hälsa, motion, sömn och mat. Deltagarna upplevde också att de har haft användning av hälsoinformationen samt nytta av att diskutera den med andra, vilka i sin tur har använt sig av informationen.

Ju tidigare deltagarna får tillgång till samhällsorienteringen desto större blir effekten när det gäller ökad kunskap om vad som påverkar hälsan och vad man själv kan göra för att förbättra den. Att få delta i samhällsorienteringen har också betydelse för deltagarna när det gäller egenmakt, samt känsla av delaktighet och inkludering i det svenska samhället. Hälsolitteracitet, dvs förmågan att hitta, förstå, värdera och använda sig av hälsoinformation, och i viss grad utbildningsnivå behöver tas i beaktande vid utformningen av kurserna för att alla deltagare ska få ut lika mycket av samhällsorienteringen.

¹ Centrum för samhällsorientering samordnar och utvecklar utbildning i samhällsorientering för 26 kommuner i Stockholms län samt Håbo kommun i Uppsala län.

Kursens utformning påverkar nyttan för deltagarna. Upplägg och innehåll behöver utvecklas och anpassas efter målgruppen. I detta ingår att ta fram skriftligt material och öka användandet av bilder och filmer samt praktiska övningar. I nuläget upplevs hälsodelen som för omfattande för de timmar som avsatts för den. Eftersom deltagarnas behov av information om hälsa och hälso- och sjukvård är stora bör dock inte tiden för hälsokommunikation minska, snarare bör antalet timmar för hälsoblocket utökas.

Slutligen har aktörerna inom projektet samverkat på ett framgångsrikt sätt. En gemensam målbild och en samsyn kring vikten av hälsa i etableringen har gett goda förutsättningar för att uppnå projektets mål. Aktörerna upplever såsom deltagarna att innehållet i hälsoblocket är för koncentrerat. Att kommunikatörerna i den utökade samhällsorienteringen kommer från två olika organisationer har skapat viss otydlighet i vem som ska ta upp vad. Detta har gällt framförallt temat "hur hälso- och sjukvården fungerar".

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	3
1. Bakgrund	6
1.1 Syfte.....	12
2. Metod	13
2.1. Enkätundersökning med deltagare	14
2.2 Fokusgruppsdiskussioner med deltagare.....	17
2.3 Individuella intervjuer med aktörer.....	18
3. Resultat	20
3.1 Enkätundersökningen med deltagare	20
3.1.1 Beskrivning av deltagare	20
3.1.2 Hälsainformation i samband med samhällsorienteringen	23
3.1.3 Fördjupade analyser.....	28
3.2 Fokusgruppsdiskussioner med deltagare.....	31
3.2.1. Kursen struktur och metod påverkar nyttan.....	33
3.2.2. Ny information, nya hälsovanor	36
3.2.3 Egenmakt och delaktighet i samhället	39
3.3 Individuella intervjuer med aktörer.....	41
3.3.1. Organisation	41
3.3.2. Samverkan.....	43
3.3.3. SO kursen.....	44
3.3.4. Deltagarna i utökad samhällsorientering.....	47
4. Diskussion	49
5. Utvärderingens styrkor & svagheter	54
6. Slutsatser.....	56
7. Referenser	57
Bilagor	
Bilaga 1	Resultat från enkätundersökningen - svar från gruppen i stort
Bilaga 2	Resultat från enkätundersökning - skillnader i svar mellan deltagare i ordinarie- och utökad SO
Bilaga 3	Resultat från enkätundersökningen - fördjupade analyser

1. Bakgrund

En allt större del av den svenska befolkningen består av människor med utländsk bakgrund. Flera rapporter har pekat på att invandrares hälsa ofta är sämre än majoritetsbefolkningen. Detta kan sammanhånga med upplevelser innan och under migrationen och hur man bemöts i det nya landet. Det är vanligt att det sociala stödet och de ekonomiska förutsättningarna är svagare än för svenskfödda i stort. Det är också vanligare att personer med utländsk bakgrund inte utnyttjar hälso- och sjukvården på ett optimalt sätt. Ohälsan kan göra det svårt för många flyktingar att delta i etableringen, att nå arbetsmarknaden och att vara delaktiga i det svenska samhället, vilket kan öka risken för ohälsa, sjukskrivning och permanent sjukersättning. Men tillståndet är dynamiskt, med rätt insatser som stärker individen kan hälsotillståndet förbättras.

Migration och hälsa

Det svenska övergripande nationella folkhälsomålet "att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa för hela befolkningen" poängterar att hälsan ska förbättras för de grupper som är mest utsatta. De senaste fem åren har 83 000 personer fått uppehållstillstånd utifrån asylskäl i Sverige (1). Flyktingar (personer som fått uppehållstillstånd utifrån asylskäl) har ofta sämre hälsa än majoritetsbefolkningen i Sverige (2). Vanliga åkommor är infektionssjukdomar, muskuloskeletala problem och psykisk ohälsa. Likaså är flyktingar sjukskrivna i högre grad än majoritetsbefolkningen. I många fall identifieras ohälsan först vid arbete eller deltagande i arbetsmarknadsinriktade insatser (3). I dagsläget är utlandsfödda kvinnor sjukskrivna i högre utsträckning än utlandsfödda män och övriga kvinnor och män i befolkningen (4). Flyktingar i stort har lägre självskattad hälsa än andra (5) vilket är allvarligt eftersom det kan förutsäga risken för sjukfrånvaro(6), sjuklighet och förtida död (7). Paradoxalt nog är det många flyktingar som avstår från att söka hälso- och sjukvård (5) och från att delta i hälsofrämjande insatser (8). Ohälsan hos flyktingar beror på olika sociala bestämningsfaktorer (9), utmaningar under migrationsprocessen som kan påverka hälsan (10) och otillräcklig kunskap om hälsan.

Hälsans sociala bestämningsfaktorer

En mängd faktorer bidrar till en människas hälsotillstånd, de så kallade bestämningsfaktorerna för hälsa (11). Hälsan påverkas av allt ifrån individens egna val och levnadsvanor till sociala-, ekonomiska-, politiska- och strukturella faktorer som yttre miljö och demokratiska rättigheter i samhället. De socio-ekonomiska faktorerna är påverkbara. Hit hör bland annat arbete, boende, utbildning samt hälso- och sjukvård. Socialt stöd och socialt kapital påverkar också

hälsan, vilka i sin tur kan påverkas av till exempel migration. Även dessa faktorer kan förändras via individen och insatser från samhället.

De sociala, ekonomiska och strukturella förhållandena som människor föds, lever och åldras i, skiljer sig åt mellan människor och är avgörande för hälsan (9). De svenska folkhälsomålen definierar ett antal målområden och har som mål att skapa jämlika förutsättningar för en god hälsa hos hela befolkningen (12) bland annat, delaktighet och inflytande i samhället, ekonomiska och sociala förutsättningar och hälsofrämjande hälso- och sjukvård.

Häsolitteracitet

Olika kunskap när det gäller hälsa (13) och olika grad av häsolitteracitet (14) kan förklara varför många flyktingar är skeptiska till hälso- och sjukvården, söker vård sent och använder hälso- och sjukvården på ett icke optimalt sätt (5, 8, 15, 16).

Funktionell häsolitteracitet handlar något förenklat om en individs förmåga att läsa information och instruktioner relaterade till hälsa för att kunna förbättra och bibehålla hälsan (17). Komplex häsolitteracitet handlar om en individs förmåga att hitta, förstå, värdera och använda sig av hälsoinformation för att kunna bibehålla och förbättra hälsan (18). Personer med begränsad häsolitteracitet har svårt att förstå instruktioner från hälso- och sjukvårdspersonal och att tolka hälsoinformation (19, 20) och har svårt att följa råd och behandlingar (19). En möjlig förklaring till begränsad häsolitteracitet är att personen inte förstår varför den ska delta i en behandling, missförstår tid och plats eller avstår på grund av rädsla för undersökningen eller för att någon ska upptäcka deras svårigheter med att förstå den information som ges (21).

När det gäller preventiva och hälsofrämjande insatser har samband mellan begränsad häsolitteracitet och lågt deltagande observerats (19). Begränsad häsolitteracitet kan också leda till onödig ohälsa. Migranter, lågutbildade, kroniskt sjuka, äldre, de med låg social status och låg självskattad hälsa har ofta sämre häsolitteracitet än andra (19, 22, 23). Enligt en tidigare studie med cirka 450 nyanlända migranter i Sverige, hade ca 80 % av migranterna begränsad funktionell häsolitteracitet och ca 60 % begränsad komplex häsolitteracitet (24).

Ohälsa, integration och etablering på arbetsmarknaden

Migrationen kan i sig dels orsaka ohälsa vilket gör det svårt att få ett arbete, dels göra det svårt att få ett arbete vilket leder till ohälsa. Kommunikationsproblem på grund av till exempel språksvårigheter och olika syn på hälsa, att ohälsa identifieras sent eller inte alls, och att flyktingar har svårt att ta till sig information när det gäller olika rättigheter (25) kan försvåra etablering på arbetsmarknaden

och delaktighet i samhället (26, 27). Ohälsa kan göra det svårare att delta i etableringsinsatser såsom svenska för invandrare (SFI), samhällsorientering (SO) och andra arbetsmarknadsinriktade insatser (28). Begränsade kunskaper i svenska i kombination med ohälsa kan göra det svårare för människors att söka och få ett arbete (29). Arbetslöshet kan leda till utanförskap, social isolering och dåligt självförtroende, vilket kan bidra till ohälsa - dvs. en ond cirkel av ohälsa skapas.

Det finns en bristande samverkan med hälso- och sjukvården kring utredningar, utlåtanden och behandling och en otydlighet i ansvarsfördelningen mellan berörda myndigheter (25). Många flyktingar har dessutom svårt att ta till sig information om olika aktörers ansvar. Att stärka flyktingars egna hälsofrämjande förmågor för att minska risken för framtida ohälsa är viktigt.

Hälsofrämjande insatser i samband med etableringen

Personer i åldern 20-64 år samt i åldern 18-19 år utan föräldrar i Sverige, som fått uppehållstillstånd utifrån asylskäl eller på grund av anknytning till flykting omfattas av etableringsreformen (benämns herefter som nyanlända)(30, 31). Reformen syftar till att främja samarbete mellan myndigheter och underlätta för nyanlända att hitta arbete, bostad, barnomsorg, utbildning och försörjning. Enligt reformen ska nyanlända så snart de fått uppehållstillstånd erbjudas ett etableringssamtal hos Arbetsförmedlingen och en personlig etableringsplan ska utarbetas. Planen ska baseras på den nyanländas förutsättningar och motsvara 40 timmar aktivitet i veckan i max 24 månader. Obligatoriska aktiviteter är svenska för invandrare (SFI), samhällsorientering (SO) och arbetsförberedande aktiviteter. Samverkan mellan olika aktörer, såsom kommuner, hälso- och sjukvård och Försäkringskassa är viktig (25). Kommunerna har ansvar för undervisning i SFI och annan utbildning, samhällsorientering samt insatser inom det sociala området. Försäkringskassan ansvarar för att betala ut den etableringsersättning som beslutats av Arbetsförmedlingen samt att utreda och besluta om eventuell rätt till socialförsäkring. Enligt reformen ska etableringen av nyanlända ske inom två år. Många nyanlända har dock svårt att delta i aktiviteter inom etableringen på grund av bland annat oro för vad som händer i hemlandet, olika hälsoproblem och otillfredsställda vårdbehov. Många hamnar ”mellan stolarna” när det gäller samverkan kring hälsoproblem och etablering på arbetsmarknaden (25, 32).

För att möta ohälsa hos flyktingar och för att påskynda nyanländas etablering i samhället görs idag en rad specifika insatser. En av de första hälsoinsatserna som alla flyktingar enligt lag ska erbjudas är hälsoundersökningen för asylsökande. Det är dock knappt hälften av alla asylsökande per år som deltar i en sådan (33) och det är inte all ohälsa som upptäcks eller säkert att den som deltar får ökad kunskap om hälsa och hälso- och sjukvården i Sverige (34).

Tillfälliga interventioner med syfte att främja hälsa hos nyanlända är relativt vanliga, men implementeras sällan i ordinarie verksamheter vid avslut. En framgångsrik metod för att främja hälsa och hälsolitteracitet hos nyanlända är dialog om hälsa i grupp, på det egna modersmålet vid ett flertal tillfällen (35-37). Att samtalsledare som själva invandrat håller i dialogerna tycks vara speciellt framgångsrikt [32-34]. Genom sina språkliga och kulturella kompetenser fungerar de som brobyggare när det gäller skillnader och likheter i synen på och kunskap om hälsa och hälso- och sjukvårdssystem i deltagarnas gamla och nya land. Det gör att de kan ge förklaringar och svar på frågor som är anpassade till målgruppen. Dialoger på modersmål innebär att nyanlända på ett tidigt stadium kan få information om vad de har för rätt till hälso- och sjukvård i Sverige, var de kan vända sig vid behov, vad som påverkar hälsan och vad de själva kan göra för att förebygga ohälsa och främja hälsa.

Samhällsorienteringen

I samband med etableringslagen kom förordningen om samhällsorientering (38). Förordningen utökades 2013 till att omfatta även anhöriga till asylsökande (39). Samhällsorienteringen ska enligt förordningen ges under minst 60 timmar, företrädesvis på modersmål så snart som möjligt efter att en etableringsplan upprättats. Så många som 91 procent av kommunerna anger för året 2016 att de främst ger samhällsorientering på modersmål (40).

Hälsa ingår under rubriken "Att vårda sin hälsa i Sverige" som ett av åtta kunskapsområden i SO. 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. I hälsoblocket ingår vanligtvis information om migrationsprocessen, egenvård (kost och fysisk aktivitet) och att hitta rätt i hälso- och sjukvården i Sverige. Ett stort antal andra hälsorelaterade ämnen kan också ingå beroende på kommunens önskemål och gruppens sammansättning.

Många kommuner har, ofta i samverkan med andra aktörer valt att utöka antalet timmar som ägnas åt hälsokommunikation(40). I Örnsköldsvik bedrivs sedan 2013 har ett projekt för fördjupad SO där kommunen tillhandahåller utökad SO till alla nyanlända med totalt 194 timmar och där hälsodelen utvidgats med 40 timmar(37). I Region Skåne har man utökat SO med ett hälsoblock på 20 timmar som ges av samhälls- och hälsokommunikatörer.

En fördel med att satsa på hälsofrämjande insatser i samband med SO är att den är obligatorisk för de som omfattas av etableringslagen och implementerad i samtliga kommuner i landet. Det innebär bl.a. att det finns etablerade strukturer och

samordningsfunktioner samt kommunikatörer att utgå ifrån. Att utöka SO med hälsokommunikation är också ett bra sätt att nå många nyanlända med grundläggande hälsoinformation tidigt i etableringsfasen (37).

Hälsokommunikation i samhällsorienteringen i Stockholms län 2015-2016

– ett samverkansprojekt

Centrum för samhällsorientering i Stockholms län är ett gemensamt samordningskansli för SO i 25 kommuner i Stockholms län samt Håbo kommun i Uppsala. Administrativt ansvar för Centrum för samhällsorientering har Stockholms stad. Under en längre period har Centrum för samhällsorientering uppmärksammat hälsoproblem bland deltagare i SO och ett sett ett behov av hälsofrämjande insatser.

Under perioden 2015-2016 genomförde Centrum för samhällsorientering ett pilotprojekt "Hälsokommunikation i samhällsorienteringen i Stockholms län 2015-2016" (Samverkan HälSa) med hjälp av finansiering² från Länsstyrelsen i Stockholms län.

Projektet initierades utifrån tankarna att utökad SO kan leda till att en större andel ohälsoproblem identifieras och hanteras tidigare och att deltagarna blir bättre rustade för att ta del av olika etableringsinsatser. Det övergripande målet med utökad SO är att nyanlända ska bli bättre rustade inför andra etableringsinsatser, genom att de får större kunskap om och egenmakt över sin hälsa. Utökad SO består av ordinarie kurs i SO på 60 timmar i kombination med ett extra hälsoblock på 12 timmar.

I projektet har flera aktörer samverkat: Centrum för samhällsorientering, Transkulturellt centrum och två privata utbildningsföretag. Centrum för samhällsorientering var projektägare, koordinerade och administrerade projektet. Hälsoblocket hölls av hälsokommunikatörer anställda vid Transkulturellt centrum i Stockholm läns landsting och ordinarie SO hölls av samhällskommunikatörer anställda vid utbildningsföretag som är upphandlade av Centrum för samhällsorientering. Gemensamt för samhälls- och hälsokommunikatörerna är att de själva har migrerat från de länder som deltagare i SO kommer ifrån. Det gör att de har samma ett gemensamt språk, liknande kulturella referensramar som deltagarna samtidigt som de har mer kunskap om Sverige. Hälsokommunikatörerna har alla någon form av grundutbildning inom vård och/eller hälsa, vilket är ett av anställningskriterierna (37).

²² Finansiering skedde genom § 37 i Förordningen (2010:1122) om statlig ersättning för insatser för vissa utlännningar: http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/forordning-20101122-om-statlig-ersattning-for_sfs-2010-1122

Samhällskommunikatörerna har en mer blandad bakgrund. De flesta har någon form av eftergymnasial utbildning från hemlandet; samhällsvetenskaplig, beteendevetenskaplig, pedagogisk eller motsvarande.

Innehåll och upplägg

Utökad SO består av 72 timmar varav 60 timmar ordinarie SO i tillägg till 12 timmar hälsa med hälsokommunikatör. Under utvärderingperioden (april-juli) ingick följande teman i hälsoblocket: Hur hälso- och sjukvården fungerar, Hälsans bestämningsfaktorer och hur de påverkar hälsan, Migration och hälsa, psykisk hälsa och stress, Levnadsvanor, hälsosam mat och fysisk aktivitet, Att ändra hälsovanor, Sexuell hälsa samt familjestruktur, föräldraskap och hälsa (Tabell 1).

Tabell 1: Hälsoteman i ordinarie- och utökad SO

Ordinarie SO	Utökad SO
60 h	72 h
4 h hälsa med samhällskommunikatör	12 h hälsa med hälsokommunikatör
Teman: <ul style="list-style-type: none"> - Hur hälso- och sjukvården fungerar - Egenvård - Tandvård 	Teman: <ul style="list-style-type: none"> - Hur hälso- & sjukvården fungerar - Hälsans bestämningsfaktorer & hur de påverkar hälsan - Migration och hälsa, psykisk hälsa & stress - Levnadsvanor, hälsosam mat & fysisk aktivitet - Att ändra hälsovanor - Sexuell hälsa - Familjestruktur, föräldraskap & hälsa

Både ordinarie och utökad SO erbjuds i en långintensiv respektive intensiv variant. Den ordinarie lågintensiva kursen pågår vanligtvis i fem veckor och den intensiva i en vecka. Den utökade lågintensiva kursen pågår i sex veckor och den intensiva en vecka och två dagar. Centrum för samhällsorientering har erbjudit kurserna på ett flertal språk på många olika platser i de samverkande kommunerna

1.1 Syfte

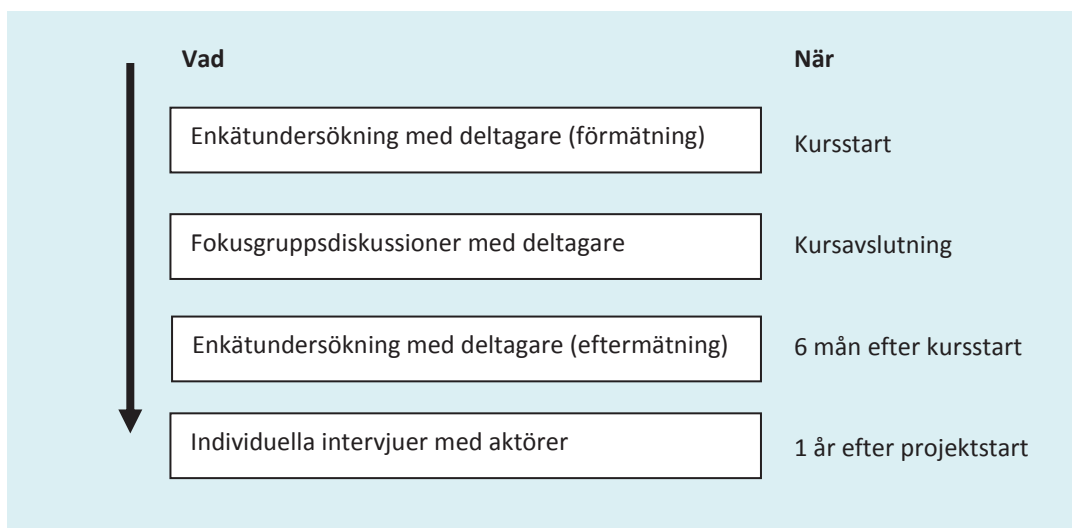
Syftet med utvärderingen var att lyfta fram deltagares och aktörers upplevelser av den utökade samhällsorienteringen samt att undersöka hur deltagarnas hälsa påverkas av insatsen.

Specifika frågeställningar:

- Hur upplever deltagarna den utökade samhällsorienteringen och vilken nytta upplever de att de haft av den?
- Vilka för- och nackdelar finns det med utökad samhällsorientering?
- Hur påverkas deltagarnas kunskaper, attityder och hälsa av deltagande utökad samhällsorienteringen?
- Får nyanlända migranter som deltar i en veckas utökad samhällsorientering med fokus på hälsa, bättre förutsättningar att ta del av de aktiviteter som ingår i etableringsprogrammet?

2. Metod

Uppsala Universitet har på uppdrag av Centrum för samhällsorientering genomfört en utvärdering av samverkansprojektet "Hälsokommunikation i samhällsorienteringen i Stockholms län 2015-2016". Utvärderingen genomfördes under perioden januari 2015-april 2016. För att besvara de specifika frågeställningarna samlades kvantitativ- och kvalitativ data in vid flera tillfällen (Figur 2). Kvantitativ data samlades in via enkäter från deltagare i ordinarie- och utökad SO vid det första kurstillfället samt cirka 6 månader efter start. Kvalitativ data samlades in via fokusgruppsdiskussioner med deltagare i utökad SO direkt efter avslutad kurs samt från aktörer som arbetat med projektet via individuella intervjuer cirka ett år efter att utökad SO infördes. Ett godkännande från den etiska kommittén i Uppsala (diarienummer 2014/526) inhämtades innan utvärderingen påbörjades.



Figur 2. Flödesschema för datainsamling

2.1. Enkätundersökning med deltagare

Urval och procedur

För att se om utökad SO hade någon annan effekt än ordinarie SO, tillfrågades både deltagare som enbart fick ordinarie SO och deltagare som fick utökad SO att delta i en enkätundersökning.

För att få vara med i enkätundersökningen skulle man vara 18 år eller äldre, samt kunna kommunicera på arabiska, somaliska, farsi eller dari. Dessutom skulle man vara på plats vid det första kurstillfället i ordinarie- respektive utökad SO som man blivit inbjuden till.

Rekrytering av deltagare skedde i Stockholms län och gjordes utifrån ett konsekutivt urvalsförfarande på gruppnivå. Totalt besöktes 15 grupper som deltog i ordinarie SO och 29 grupper som deltog i utökad SO. Enkäter från deltagare i ordinarie SO samlades in cirka 1-3 månader innan utökad SO infördes för alla grupper.

I samband med det första kurstillfället i ordinarie- respektive utökad SO fick grupperna information om studien muntligen och skriftligen av språkstöd³ på samma språk som kursen hölls på. Samtliga deltagare som tackade ja till deltagande i studien fick därefter fylla i ett skriftligt samtycke om att delta i den. Därefter fyllde de i enkäten direkt på plats. De som var icke- läs och skrivkunniga fick hjälp av språkstöd att fylla i enkäten.

De som svarat på enkäten, fick cirka sex månader senare via brev en ny förfrågan om att svara på nästa enkät. Deltagarna skickade sedan in enkäten till Uppsala Universitet via ett svarskuvert med förbetalt porto. Det fanns en möjlighet att få enkäten uppläst och att lämna svar muntligen. Två påminnelser skickades ut till de som inte svarade på enkäten och eftersökningar av adresser till deltagare som flyttat gjordes.

Enkäten

De flesta frågorna togs från formulär som redan fanns översatta på målgruppens modersmål vilka utvecklats och använts av Uppsala universitet i tidigare projekt [5, 21, 34]. Övriga frågor som handlade mer specifikt om etableringen och SO togs fram tillsammans med personal inom projektet (samordnare, projektledare, samhälls- och hälsokommunikatörer) och med hjälp av personal från Arbetsförmedlingen. Översättningen av enkäterna skedde enligt riktlinjer för

³ Språkstöd var timanställda personer anställda vid Uppsala universitet som behärskar de språk som deltagarna i utvärderingen talar.

översättning av instrument (41), det vill säga genom översättning, tillbakaöversättning, granskning och pilottestning via intervjuer.

Frågorna i enkäten var fördelade under åtta huvudrubriker: bakgrundsfrågor, hälsa, välbefinnande, vårdutnyttjande, deltagande i etablering eller annan sysselsättning, hälsoinformation och hälsokunskap, frågor om hälsoinformation i samband med SO samt sysselsättning och försörjning. Likadana frågor fanns med i enkäten vid det första (21 frågor) och andra mättillfället (29 frågor), med ett undantag. Vid första mättillfället fanns inte frågorna under rubriken hälsoinformation i samband med SO med.

Under rubriken "Bakgrundsfrågor" ställdes frågor om: kön, ålder, födelseland, land som man huvudsakligen vuxit upp och levtt i, år då man fick uppehållstillstånd i Sverige (PUT), skäl till uppehållstillstånd, högst avslutade skolutbildning och vilka man bor tillsammans med.

Under rubriken "Hälsa" ställdes frågor om: det allmänna hälsotillståndet (42) (självskattad hälsa), om långvarig sjukdom eller besvär efter olycksfall eller någon nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem, om hälsotillståndet förändrats sedan man kommit till Sverige samt om i vilken grad man tror att man själv kan påverka sin hälsa.

Under rubriken "Välbefinnande" ställdes de 12 frågor som ingår i the General Health Index Questionnaire (GHQ12) (42, 43). Syftet med frågorna är att mäta en persons psykiska hälsa.

Under rubriken "Vårdutnyttjande" ställdes frågor om: man har erbjudits/deltagit i hälsoundersökningen för asylsökande, om man på grund av egna besvär eller symtom under de senaste tre månaderna har besökt hälso- och sjukvården eller kontaktat sjukvårdsrådgivningen, om man under de senaste tre månaderna känt behov av att få hjälp med hälsoproblem men inte sökt hälso- och sjukvård, samt orsak till det och vad man gjort i stället.

Under rubriken "Deltagande i etableringen eller annan sysselsättning" ställdes frågor om: ifall man deltar i etableringen för nyanlända migranter, hur mycket man ska delta i aktiviteter inom etableringen enligt sin etableringsplan, hur många dagar man varit borta från aktiviteter inom etableringen, under den senaste månaden, för att man varit sjuk eller inte mått bra samt en fråga om varför man varit borta.

Under rubriken "Hälsoinformation och hälsokunskap" ställdes de 16 frågor som ingår i den korta versionen av det Europeiska frågeformuläret för hälsolitteracitet (HLS-EU-Q16)(44). Syftet med frågorna var att mäta deltagarnas komplexa hälsolitteracitet vilket något förenklat kan beskrivas som individers förmåga att kunna förvärva, förstå, värdera och använda hälsoinformation för att kunna bibehålla eller förbättra hälsan.

Under rubriken "Frågor om hälsoinformation i samband med samhällsorienteringen" ställdes frågor om: hur mycket man deltog i SO, om man fick information om hälsa och sjukvård, hur lätt eller svårt det var att förstå information som man fick om hälsa och sjukvård, nyttan av deltagande i träffarna om hälsa och sjukvård, vilken kunskap om hälsa man fick när man deltog i samhällsorienteringen, hur hälsan påverkats av att delta SO samt om man själv eller någon i sin närhet påverkats av deltagandet i SO. Oavsett om man deltog i ordinarie- eller utökad SO fick man svara på precis likadana frågor och när det gäller det specifika frågor om SO användes begreppet SO för alla.

Under den sista rubriken "Sysselsättning och försörjning" ställdes frågor om sysselsättning man hade innan man kom till Sverige, nuvarande sysselsättning, samt nuvarande försörjning.

Analys av data

Insamlad data från enkäterna analyserades statistiskt med hjälp av SPSS (Statistical package for Social Sciences version 21). Deskriptiv data beräknades. Chi-Square test och Mann-Whitneys U-test användes för att undersöka signifikanta skillnader i svar mellan deltagare i ordinarie- och utökad SO. I de fall signifikanta skillnader i svar kunde ses, gjordes ett antal djupare analyser, så kallade logistiska regressionsanalyser för att undersöka om det fanns fler förklarande faktorer till varför deltagarna svarat som de gjort. Data rensades från ologiska svar, till exempel när en person kryssat i två svar på samma fråga. När det gäller frågorna om hälsoinformation i samband med SO som enbart fanns med vid det andra mättillfället, inkluderades endast svar från de som deltagit i nästan alla eller alla träffar (91 %). Övriga 21 personer (9 %) exkluderades. Avrundning till heltal och möjlighet att ange flera svar på vissa frågor gör att summan för antal procent för svar på vissa frågor inte alltid blir 100 procent.

2.2 Fokusgruppsdiskussioner med deltagare

Urval och procedur

Sex fokusgrupper genomfördes under en tidsperiod av tre månader under sommaren 2015 med deltagare i utökad SO. Fokusgruppsdiskussioner används för att få fram deltagares kunskaper, erfarenheter och uppfattningar om en viss fråga eller ämne. Urvalet gjordes så brett som möjligt för att uppnå en stor variation bland deltagarna (45).

Deltagarna rekryterades från sex SO-kurser som hölls i olika delar av länet (Tensta, Stockholms innerstad och Södertälje). Vid rekryteringen, som skedde vid besök i grupperna under sista eller näst sista kursveckan, informerades deltagarna om syftet med studien och att deltagandet var frivilligt. Deltagarna informerades också om att data behandlas konfidentiellt och att resultaten redovisas på gruppnivå. För att säkerställa att alla förstod informationen gavs den direkt på modersmålet av språkstöd från Uppsala universitet tillsammans med kursens samhällskommunikatör.

Totalt deltog 32 kvinnor och män som deltagit i de utökade SO kurserna, varav två på arabiska, två på persiska/dari och två på somaliska. Fokusgruppernas sammansättning och deltagarnas sociodemografiska profil visas i tabell 6 och 7 under resultat från fokusgruppsdiskussionerna. På varje språk genomfördes en fokusgrupp med deltagare som gått en lågintensiv kurs och en fokusgrupp med deltagare som gått en intensivkurs. Antalet deltagare i fokusgrupperna varierade mellan 4-6 personer. Moderatören ställde frågor och fördelade ordet vid behov. En observatör från Uppsala universitet deltog vid alla tillfällena. Ingen personal från kursgivaren eller Centrum för samhällsorientering deltog för att inte genom sin närvaro påverka deltagarnas svar och diskussioner om kursinnehållet. Samtliga fokusgrupper spelades in med bandspelare efter att deltagarna initialt tillfrågats om och godkänt detta. Fokusgrupperna varade i cirka en timme. Fokusgrupperna genomfördes i samband med kursavslutningen för att ge deltagarna möjlighet att reflektera på kursen i sin helhet.

Innehåll och frågeguide

I fokusgrupperna diskuterade deltagarna den utökade SO-kursens innehåll och upplägg. Hälsa och olika hälsoteman som tagit upp t SO-kursen diskuterades utförligt, bland annat ny kunskap, förändrade hälsovanor samt erfarenheter av den svenska hälso- och sjukvården. Intervjuguiden innehöll öppna frågor. I nästan alla fokusgrupper ställdes inte alla frågor i intervjuguiden eftersom deltagarna själva diskuterade det aktuella temat utförligt.

Analys av data

Fokusgruppsdiskussionerna översattes och transkriberades så ordagrant som möjligt. Innehållsanalys (46) användes för att lyfta fram det manifesta eller uppenbara innehållet i samtalen (hur deltagarna konkret svarade på frågorna) men också det mer latenta innehållet i det som sades (en tolkning av det som finns i samtalen). Analysprocessen inleddes med att textfilerna lästes upprepade gånger för att identifiera betydelsefulla enheter som lyftes ut ordagrant. De meningsbärande enheterna kondenserades därefter i manifest och latent form. I nästa steg skapades subteman som avspeglar det mest centrala i innehållet. Subtemana sammanfogades senare i tre övergripande teman som beskriver det latenta innehållet i texten.

2.3 Individuella intervjuer med aktörer

Urval och procedur

Sammanlagt tillfrågades 20 aktörer om att delta i intervjustudien. Alla hälsokommunikatörer och deras samordnare på Transkulturellt Centrum, samtliga samhällskommunikatörer som hade SO kurser på arabiska, dari, persiska, somaliska eller tigrinja samt ett antal nyckelpersoner på Centrum för samhällsorientering. Förfrågan skedde via ett mejl vilket innehöll ett informationsbrev och en förfrågan om att delta. Som max skickades två påminnelsemejl ut och de aktörer som inte svarade kontaktades per telefon. När aktör bestämt sig för att delta bestämdes tid och plats för intervjun och fick frågeguiden mejlad till sig, för att kunna förbereda sig om de så önskade. Vid varje intervjutillfälle inhämtades informerat samtycke till att delta i studien från respektive aktör samt tillåtelse att spela in intervjun på band.

Innehåll och frågeguide

För att ta reda på svar på studiens frågeställningar användes semi-strukturerade intervjuer. Som stöd under intervjuerna användes frågeguider vilka dels bestod av generella frågor om projektet, dels av mer specifika frågor om implementering, genomförande och resultat av projektet. Den ena frågeguiden användes vid intervjuer med samordnare och nyckelpersoner, den andra vid intervjuer med samhälls- kommunikatorer. De flesta frågorna såg likadan ut, men en del som hade med aktörens direkta arbete i projektet skiljde sig något. En del frågor tillkom under arbetets gång utifrån vad som kom fram i intervjuerna. Inför första intervjun granskades frågeguiderna av samordnaren för projektet samt vetenskapligt sakkunniga vid Uppsala universitet.

Analys av data

Intervjuerna transkriberades och lästes igenom flera gånger innan meningsbärande enheter markerades, kondenserades och kodades. Därefter grupperades koderna i olika kategorier utifrån vad de handlade om. Bearbetnings- och analysprocessen skedde i samarbete med vetenskapligt sakkunniga vid Uppsala universitet.

3. Resultat

3.1 Enkätundersökningen med deltagare

Vid det första mättillfället svarade 513 deltagare på enkäten, varav 334 var deltagare i utökad SO och 179 var deltagare i ordinarie SO (Tabell 3).

Svarsfrekvensen vid det andra mättillfället var cirka 50 % i bägge grupperna.

Tabell 3. Antal deltagare per enkät samt svarsfrekvenser vid det andra mättillfället.

	Totalt		Ordinarie SO		Utökad SO	
	Antal	Svarsfrekvens (%)	Antal	Svarsfrekvens (%)	Antal	Svarsfrekvens (%)
Förmätning	513		179		334	
Eftermätning	254	49 %	82	46 %	172	51 %

3.1.1 Beskrivning av deltagare

Nedan beskrivs först karaktäristika för de deltagare som svarade på enkäten vid det första mättillfället. Om det fanns statistiskt signifikanta skillnader mellan deltagarna i ordinarie- och utökad SO presenteras resultat på gruppnivå. I annat fall redovisas resultat för gruppen i stort. Inga skillnader kunde ses mellan deltagare i ordinarie- och utökad SO vid det andra mättillfället, med avseende på karaktäristika.

Sociodemografiska egenskaper

Majoriteten av deltagarna var födda i Syrien (81 %), i övrigt var deltagarna födda främst i Afghanistan (4 %), Irak (4 %), Iran (3 %) och Somalia (3 %). De flesta var män (78 %). Genomsnittsåldern var 38 år, den yngste deltagaren var 18 år och den äldsta 74 år (Bilaga 1, tabell 1).

Vanligast var att deltagarna hade en akademisk utbildning (39 %), därefter att de gått i skolan 10-12 år (27 %). En liten andel (4 %) uppgav att de inte hade gått i skolan överhuvudtaget (Bilaga 1, tabell 1). Deltagarna i utökad SO hade något högre utbildningsnivå än deltagarna i ordinarie SO (Bilaga 2, tabell 1). En något större andel hade gått i skolan i mer än 12 år (42 % respektive 34 %) och en mindre andel hade gått i skolan 0-6 år (8 % respektive 20 %). Den vanligaste huvudsakliga sysselsättningen för deltagarna innan de kom till Sverige var arbete utanför hemmet (33 %), arbete i eget/delägt företag (21 %) eller studier (21 %) (Bilaga 1, tabell 1). Därefter att ha skött hemmet (16 %). En del har kombinerat en eller flera av dessa sysselsättningar. De flesta deltagarna bor nu tillsammans med

någon annan vuxen över 18 år (71 % och/eller tillsammans med barn under 18 år (32 %) (Bilaga 1, tabell 1). Endast sex procent bor ensamma.

Uppehållstillstånd och etablering

Nästan alla (94 %) hade haft uppehållstillstånd 0-1 år (Bilaga X, tabell 2) och en betydligt högre andel av deltagarna i utökad SO hade haft uppehållstillstånd i Sverige kortare än ett år jämfört med deltagarna i ordinarie SO (55 % respektive 17 %) (Bilaga 2, tabell 2).

Vanligaste orsaken till uppehållstillstånd var asylskäl (76 %) därefter anhöriginvandring (23 %) (Bilaga 1, tabell 2). Nästan alla hade en etableringsplan (98 %) och för majoriteten innebar det aktiviteter på heltid (78 %). Det var ca 10 % vanligare att deltagare i ordinarie SO än att deltagare i utökad SO hade en etableringsplan som omfattade 100 % aktivitet (81 % respektive 70 %) (Bilaga 2, tabell 2).

Hälsa

Majoriteten bedömde sin hälsa som god eller mycket god (59 %), en betydligt mindre andel (11 %) bedömde den som dålig eller mycket dålig (Bilaga 1, tabell 3). Drygt en tredjedel (35 %) klassificerades ha nedsatt psykisk hälsa och något mer än en fjärdedel (27 %) hade någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, någon nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem. Majoriteten tyckte inte att deras hälsa hade förändrats sedan de kommit till Sverige (64 %). En ungefär lika stor andel tyckte att hälsan blivit bättre som sämre (18 % respektive 19 %).

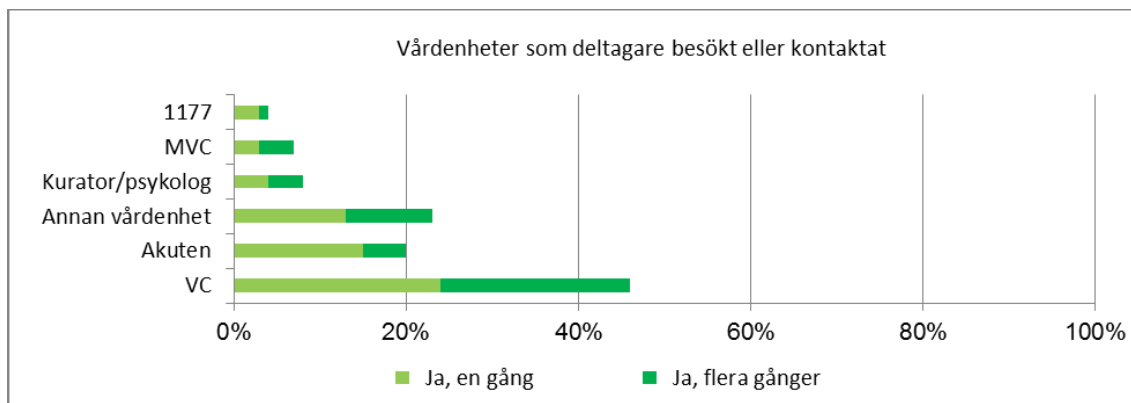
De flesta (85 %) hade inte varit borta från aktiviteter i etableringsplanen eller annan sysselsättning på grund av ohälsa den senaste månaden (Bilaga 1, tabell 3). Om man hade varit det, hade man vanligtvis varit borta mellan 1-5 dagar. Vanligaste angivna orsakerna till det var att man haft influensa, feber, förkylning, ont i halsen eller hosta (28 %) eller varit nedstämd, ledsen, stressad, orolig eller väldigt trött (24 %).

Vårdutnyttjande och vårdbehov

Majoriteten (68 %) av deltagarna hade blivit erbjudna och deltagit i hälsoundersökningen för asylsökande (Bilaga 1, tabell 4). Nästan hälften (46 %) hade besökt vårdcentralen en eller flera gånger på grund av egna besvär eller symptom under de senaste tre månaderna. Cirka en femtedel hade besökt akuten (20 %) eller annan vårdenhet⁴ (23 %) en eller flera gånger. Under tio procent

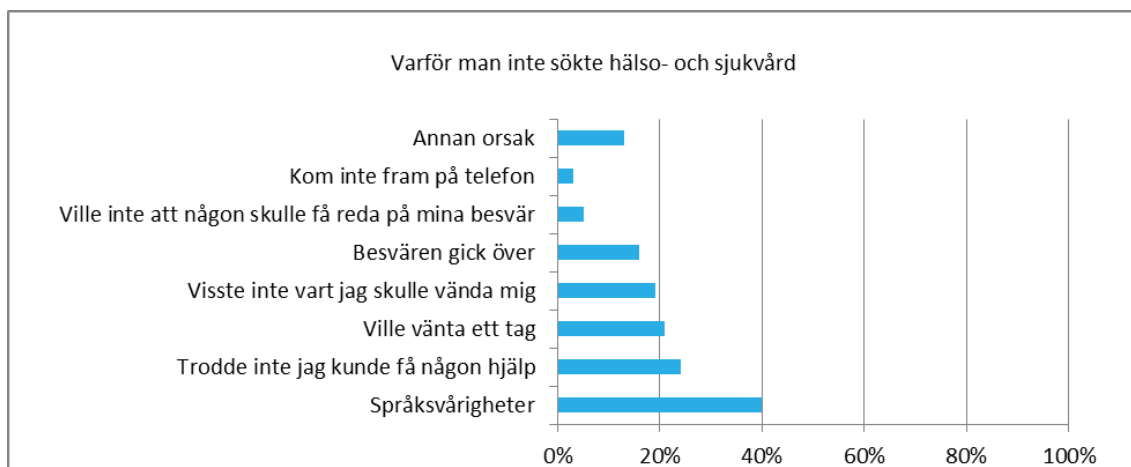
⁴ Annan vårdenhet på sjukhuset än akuten.

hade besökt mödravårdcentralen, kurator/psykolog eller ringt till sjukvårdsrådgivningen (1177) (Figur 3 och Bilaga 1, tabell 4).



Figur 3. Hur ofta deltagarna besökt eller kontaktat olika vårdenheter på grund av egna besvär eller symtom den senaste månaden.

Drygt en tredjedel (36 %) av deltagarna hade under de senaste tre månaderna varit i behov av hjälp med hälsoproblem men ändå inte sökt hälso- och sjukvård (Bilaga 5, tabell X). Vanligaste orsaken var svårigheter med språket (40 %), därefter att man inte trodde att man kunde få någon hjälp (24 %), att man ville vänta ett tag (21 %) eller att man inte visste vart man skulle vända sig (19 %) (Figur 4 och Bilaga 1, tabell 5).



Figur 4. Orsak till att deltagare avstått från att söka hälso- och sjukvård trots att de varit i behov av det.

Den vanligaste alternativa handlingen till att ha sökt vård var att man inte hade gjort någonting alls (44 %) därefter att man använt läkemedel ifrån hemlandet (19 %). Det var mindre vanligt att deltagarna själva sökt information via böcker, broschyrer och internet, använt receptfria läkemedel eller hade tagit hjälp ifrån någon vän eller släkting (Figur 5 och Bilaga 1, tabell 5).



Figur 5. Vad deltagare som avstått från att söka hälso- och sjukvård trots att de varit i behov av det, gjort i stället för att söka vård.

Hälsolitteracitet och synen på hälsa

Nästan två av fem (39 %) deltagare upplevde att det var svårt eller mycket svårt att veta vart man ska vända sig om man behöver hälso- och sjukvård (Bilaga 1, tabell 6). Betydligt fler, nästan tre av fem (59 %) upplevde att det var svårt eller mycket svårt att veta vart man ska vända sig om man behöver hjälp om man mår psykiskt dålig. En något högre andel av deltagarna i utökad SO (41 %) än deltagare i ordinarie SO (33 %) tyckte det var svårt eller mycket svårt att veta vart man ska vända sig om man behöver hälso- och sjukvård (Bilaga Y, tabell 3).

Majoriteten (67 %) av deltagarna bedöms ha begränsad hälsolitteracitet det vill säga tycker det är svårt att få tag på, förstå, värdera och använda sig av hälsoinformation i stort (Bilaga 1, tabell 6).

De flesta upplevde att hälsan till största delen beror på saker som man kan påverka (42 %), eller till ungefär till lika delar beror på saker som man kan eller inte kan påverka (26 %). Övriga, det vill säga cirka en tredjedel (32 %) upplevde att hälsan till största delen består av saker som man själv inte kan påverka.

3.1.2 Hälsoinformation i samband med samhällsorienteringen

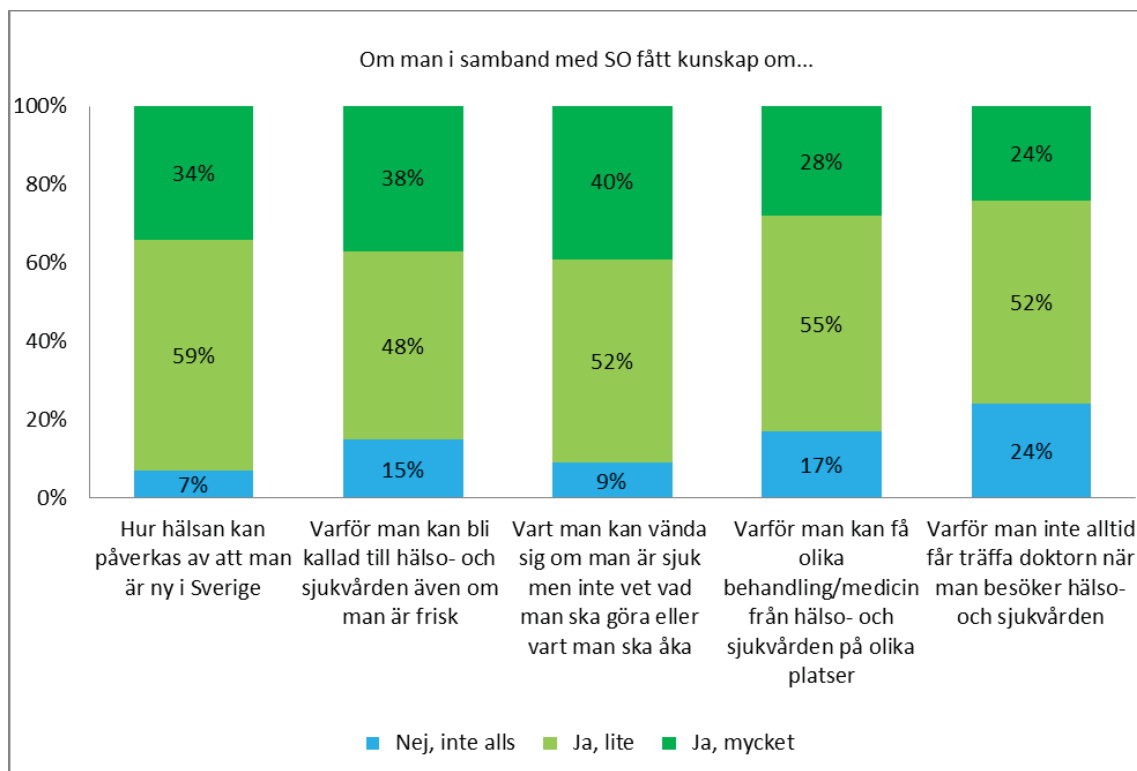
Frågor om hälsoinformation i samband med SO specifikt ställdes enbart i samband med det andra mätningen. Totalt svarade 226 personer som deltagit på nästan alla eller alla träffar på dessa frågor (Tabell 4).

Tabell 3. Hur mycket man deltagit i SO.

	Totalt	
	Antal	%
Hur mycket man deltog i samhällsorienteringen		
Var på mindre än hälften av träffarna	14	6
Var på cirka hälften av träffarna	9	4
Var på nästan alla eller alla av träffarna	226	91

Upplevelser av hälsoinformation i samband med SO som inte skiljer sig åt mellan deltagare i ordinarie- och utökad SO

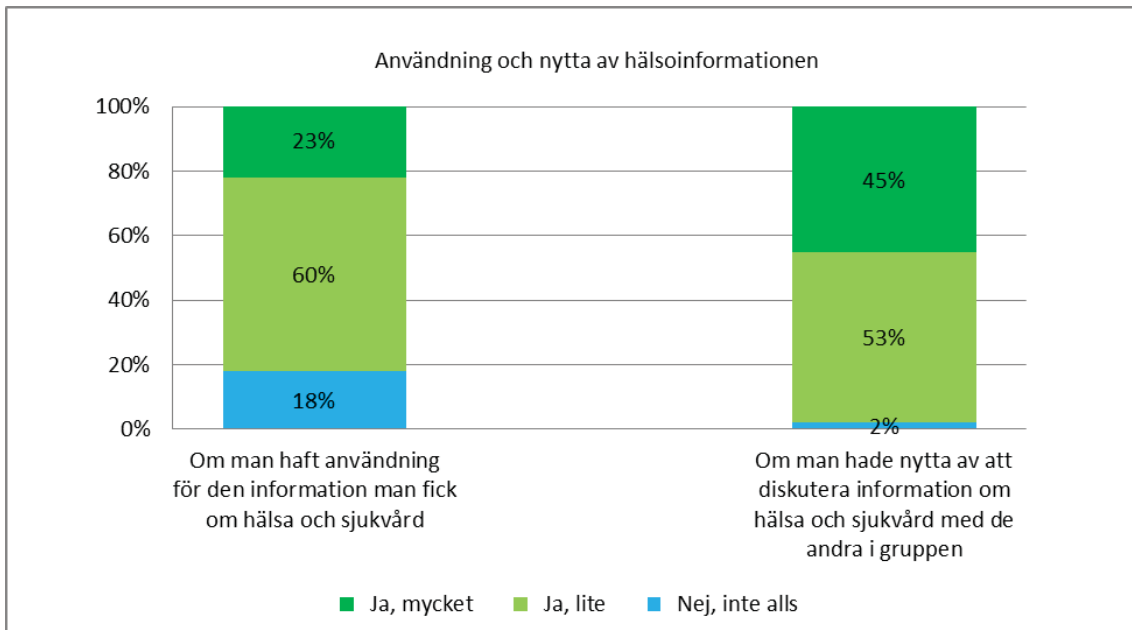
Nästan alla upplevde att de hade fått information om hälsa och sjukdom då de deltog i SO (97 %) (Bilaga 1, tabell 7). Mer specifikt upplevde de flesta (76-93 %) att de fått någon sorts kunskap om fem av frågorna som handlade om med hälsa och sjukvård, se Figur 6 och Bilaga 1, tabell 5.



Figur 6. I vilken grad deltagarna fått kunskap om olika hälsofrågor via SO.

Nytta och användning av hälsoinformation i samband med SO

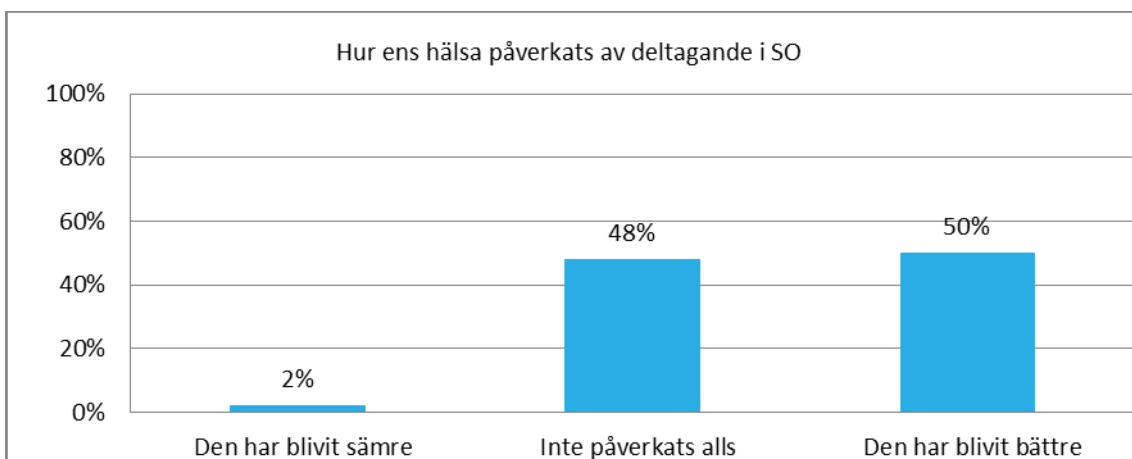
Cirka fyra av fem (83 %) upplevde att de haft användning av hälsoinformationen som de fått via SO och nästan alla (98 %) upplevde att de hade haft nytta av att diskutera den med andra (Figur 7 och Bilaga 1, tabell 8).



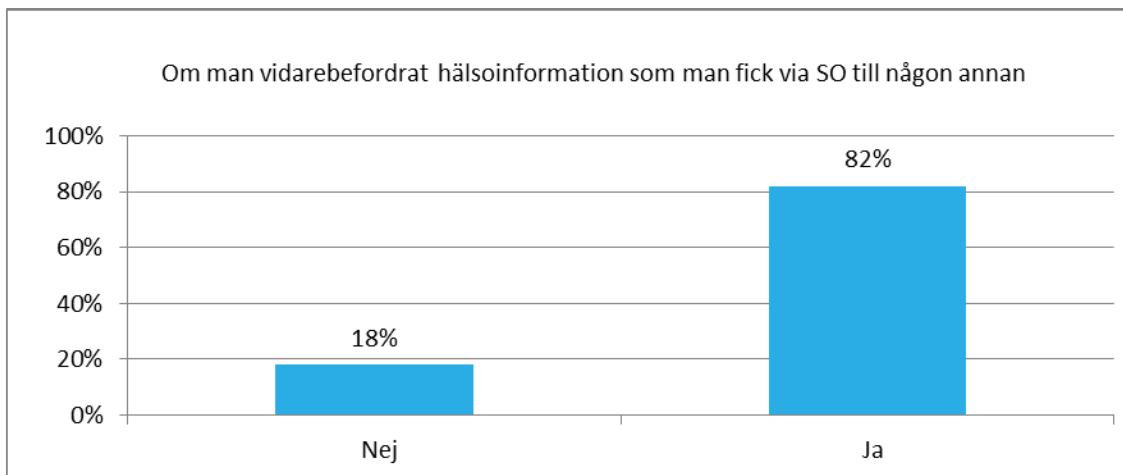
Figur 7. Användning och nytta av hälsoinformationen man fick i samband med SO.

Effekter av hälsoinformation i samband med SO

Hälften av deltagarna upplevde att deras hälsa hade blivit bättre av deltagandet i SO (Bilaga 1, tabell 7 och Figur 8) och fyra av fem (80 %) hade berättat för någon annan om den information som den fått om hälsa och sjukdom via SO (Figur 9 och Bilaga 1, Tabell 7). Av de som deltagarna vidarebefordrat hälsoinformation till bedömdes nästan hälften (47 %), i sin tur, ha gjort något för att förbättra sin hälsa (Bilaga 1, tabell 7).



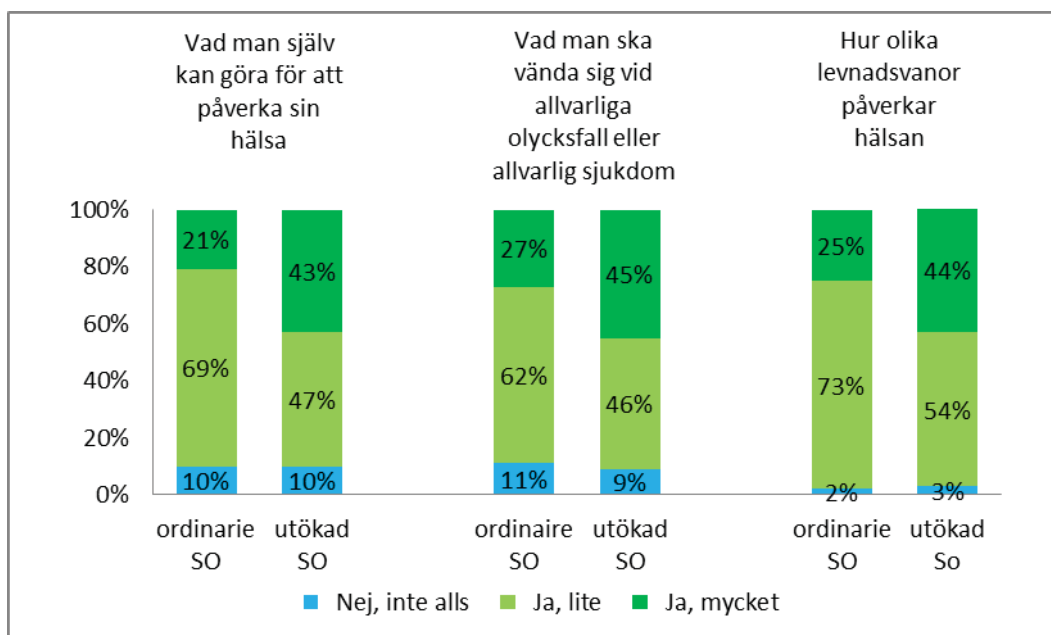
Figur 8. Upplevelse av hur hälsan påverkats av deltagande i SO.



Figur 9. Spridning av hälsoinformation till andra.

Upplevelser av hälsoinformation i samband med SO som skiljer sig åt mellan deltagare i ordinarie- och utökad SO.

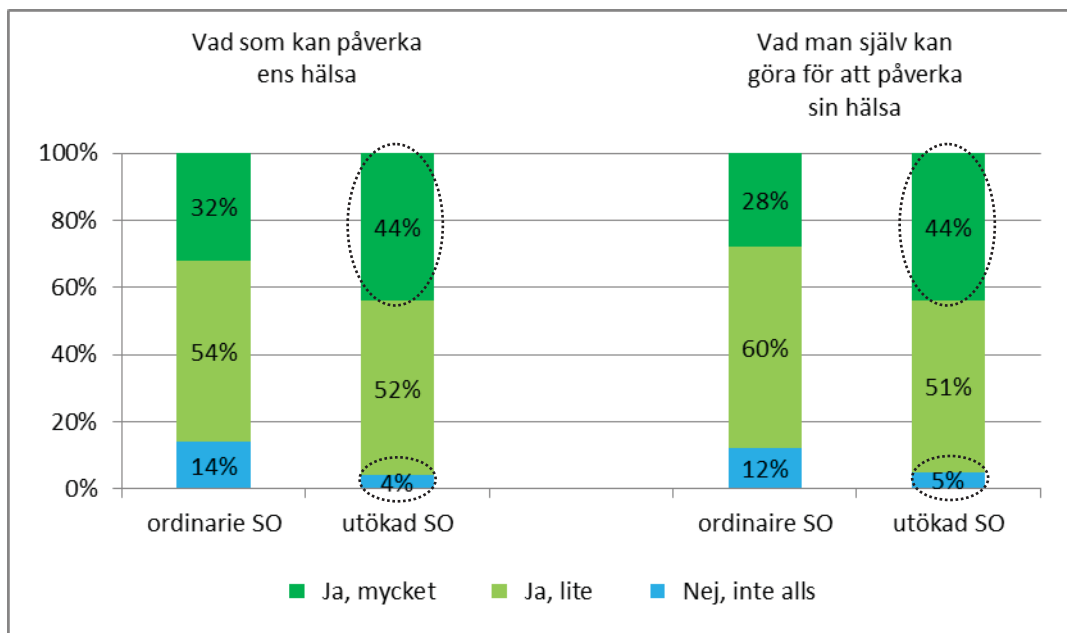
Det var vanligare att deltagare i utökad SO än att deltagare i ordinarie SO hade fått mycket kunskap om: vad man själv kan göra för att påverka sin hälsa, vart man ska vända sig vid olycksfall eller allvarlig sjukdom och hur olika levnadsvanor kan påverka hälsan (Figur 10 och Bilaga 2, tabell).



Figur 10. Skillnader i hur mycket kunskap om olika hälsofrågor deltagare i ordinarie- och utökad SO fått.

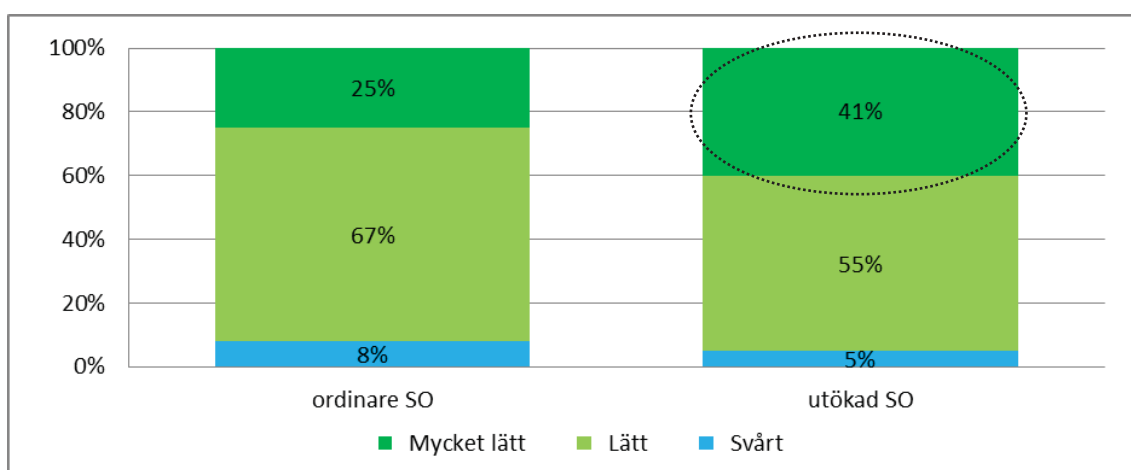
Det var vanligare att deltagare i utökad SO än att deltagare i ordinarie SO hade fått mycket ny kunskap om vad som kan påverka en hälsa (44 % respektive 32 %) och vad man själv kan göra för att påverka sin hälsa (44 % respektive 28 %) (Figur 11

och Bilaga 1, Tabell 5). Dessutom var det betydligt ovanligare att deltagare i utökad SO inte hade fått någon ny kunskap alls.



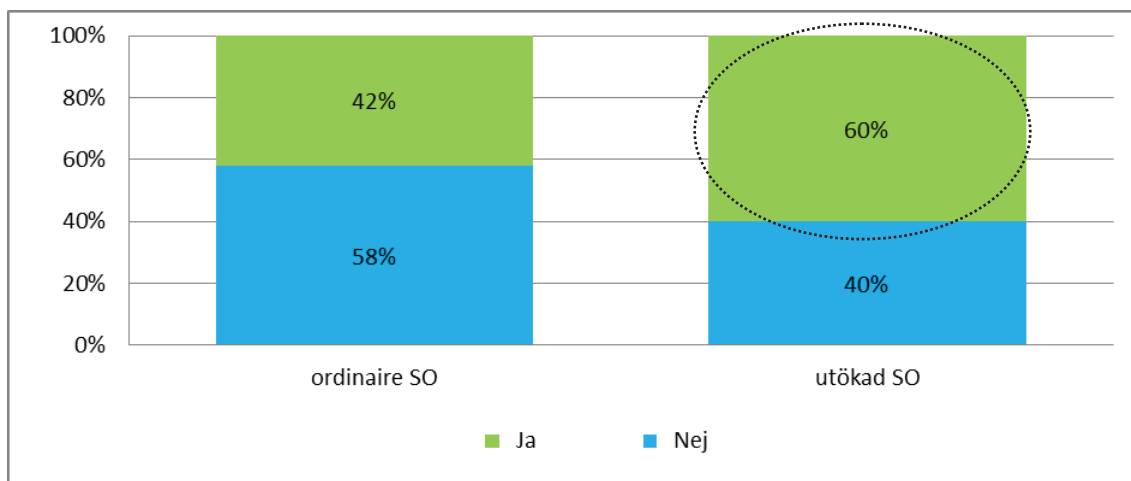
Figur 11. Skillnader i hur mycket ny kunskap deltagare i ordinarie- och utökad SO fått om olika hälsofrågor.

En större andel av deltagarna i utökad SO (41 %) än i ordinarie SO (25 %) tyckte att det var mycket lätt att förstå information om hälsa och sjukvård som de fick i samband med SO (Figur 12 och Bilaga 2, tabell 4).



Figur 12. Skillnader i förståelse av hälsoinformationen från SO mellan deltagare i ordinarie- och utökad SO.

Slutligen var det vanligare att deltagare i utökad SO (60 %) än i ordinarie SO (42 %) gjort något för att förbättra sin hälsa på grund av deltagandet i SO (Figur 13 och Bilaga 1, tabell 4).



Figur 13. Skillnader i andel deltagare som gjort något för att förbättra sin hälsa pga. deltagandet i SO mellan deltagare i ordinarie- och utökad SO.

3.1.3 Fördjupade analyser

Resultat från mer avancerade analyser där man förutom grupptillhörighet (deltagande i ordinarie- eller utökad SO) tar hänsyn till kön, ålder, hälsolitteracitet, utbildning och tid med uppehållstillstånd i Sverige, visar att deltagandet i utökad SO endast kan förklara skillnaden i svar på en fråga (Bilaga 3, tabell 7). Det är statsiskt sett fortfarande mer troligt att de som deltagit i utökad SO jämfört med de som deltagit i ordinarie SO upplevt:

- att de gjort något för att förbättra sin hälsa på grund av att de deltagit i SO (OR: 2.18 CI: 1.03–4.61).

Något förenklat är det dubbelt så vanligt att deltagare upplevt att de har gjort något för att förbättra sin hälsa på grund att de deltagit i utökad SO jämfört med de som har deltagit i ordinarie SO.

Att övriga tidigare sedda skillnader försvinner beror på att andra faktorer har större förklarande effekt. Hälsolitteracitet tycks ha absolut störst förklarande effekt därefter hur länge man haft uppehållstillstånd i Sverige (PUT) och vad man har för utbildningsnivå.

Tabell 4. Bakomliggande faktorer som kan förklara skillnader i svar på frågor om hälsoinformation i samband med SO.

Frågor	Signifikanta förklarande faktorer			
Att man fick mycket kunskap om...				
Hur olika levnadsvanor kan påverka hälsa & sjukdom		HL		Utbildning
Vad man själv kan göra för att påverka hälsan		HL	Tid med PUT	
Vart man ska vända sig vid allvarliga olycksfall eller allvarlig akut sjukdom		HL		
Att man fick mycket <u>ny</u> kunskap om...				
Vad som kan påverka ens hälsa		HL	Tid med PUT	
Vad man själv kan göra för att påverka hälsan		HL	Tid med PUT	
Om man gjort något för att förbättra hälsan	Grupp	HL		

HL = Hälsolitteracitet, PUT= Permanent uppehållstillstånd i Sverige

Ju högre hälsolitteracitet en deltagare har desto troligare att deltagaren upplevt att de fått mycket kunskap om:

- hur olika levnadsvanor påverkar hälsa och sjukdom (Tillräcklig HL OR:5.47 CI:1.98–15.16)
- vad de själva kan göra för att påverka sin hälsa (Problematisks HL OR:2.73 CI:0.96-7.76; Tillräcklig HL OR:4.30 CI: 1.59–11.67)
- vart man ska vända sig vid allvarliga olycksfall eller vid allvarlig sjukdom (Tillräcklig HL OR: 3.45 CI:1.30–9.17)
- vad som kan påverka ens hälsa (Problematisks HL OR:3.25 CI:1.19–8.85; Tillräcklig HL OR: 3.89 CI:1.51–10.01)
- vad man själv kan göra för att påverka sin hälsa (Tillräcklig HL OR:3.32 CI:1.30–8.53)

Samt att deltagaren gjort något för att förbättra sin hälsa (Problematisks HL OR: 4.52 CI:1.73 -1.84; Tillräcklig HL OR: 4.89 CI:1.94–1.55).

Något förenklat, det är mellan två och fem gånger så vanligt att en deltagare med den högsta nivån av hälsolitteracitet upplever att de fått mycket kunskap om fyra av fem kunskapsfrågor samt gjort något för att förbättra sin hälsa jämfört med deltagare med den lägsta nivån av hälsolitteracitet.

Ju kortare tid en deltagare har haft uppehållstillstånd desto mer troligt att deltagaren har fått mycket kunskap om:

- vad den själv kan göra för att påverka sin hälsa (OR:2.46 CI:1.20–5.50).
- vad som kan påverka ens hälsa (OR:2.41 CI:1.20–4.86).
- vad man själv kan göra för att påverka sin hälsa (OR:2.80 CI:1.37–5.70).

Något förenklat, det är något mer än dubbelt så vanligt att deltagare som haft uppehållstillstånd i mindre än 1 år upplever att de fått mycket kunskap om tre av fem kunskapsfrågor än de som haft uppehållstillstånd 1 år eller mer.

Därutöver kunde man se att ju högre utbildningsnivå en deltagare har desto troligare var det att deltagaren har upplevt att den fått mycket kunskap om hur olika levnadsvanor kan påverka hälsa och sjukdom (7-12 år OR:4.69 CI: 1.19–18.55; Mer än 12 år OR: 4.85 CI:1.22–19.36).

Något förenklat, det är något mer än fyra gånger så vanligt att deltagare som gått i skolan 7 år eller mer upplevt att de fått mycket kunskap om en av fem kunskapsfrågor jämfört med deltagare som gått i skolan 0-6 år.

Sammanfattningsvis, utökad SO är av betydelse för i vilken grad man upplever att man fått kunskap om olika hälsofrågor och huruvida man gjort något för att förbättra sin hälsa i samband med SO, men upplevelserna påverkas också av vad man har för hälsolitteracitet, hur länge man haft uppehållstillstånd i Sverige och på vad man har för utbildningsnivå. Det vill säga, som det ser ut i dag får inte alla deltagare i SO (ordinarie- och utökad) ut lika mycket av att delta.

3.2 Fokusgruppsdiskussioner med deltagare

Deltagarnas sociodemografiska egenskaper

I fokusgruppsdiskussionerna deltog lika många män som kvinnor, där åldersspridning var mellan 20-67 år (tabell 6). De flesta hade fått permanent uppehållstillstånd (PUT) år 2014 eller 2015, på grund av asyl (tabell 7). När det gäller deltagarnas utbildningsnivå, fanns såväl lågutbildade (inklusive icke läs- och skrivkunniga) som högutbildade i fokusgrupperna. De flesta arbetade eller studerade i hemlandet och skattade sin hälsa som bra eller mycket bra (tabell 6).

Tabell 5. Beskrivning av fokusgruppsdeltagarna utifrån språk, kön, ålder, utbildningsnivå och hälsostatus.

	Antal
Språk (n=32)	
Arabiska	12
Dari/persiska	11
Somaliska	9
Kön (n=32)	
Man	16
Kvinna	16
Ålder (n=32)	
18-24 år	4
25-34 år	10
45-44 år	7
45-54 år	7
55 år eller äldre	4
Utbildning (n=32)	
Ingen	7
1-6 år	3
7-9 år	7
10-12 år	9
Mer än 12 år	6
Allmänt hälsotillstånd (n=32)	
Mycket bra	9
Bra	17
Någorlunda	2
Dåligt	3
Mycket dåligt	1

n = Antal personer som svarat på frågan.

Tabell 6. Beskrivning av fokusgruppsdeltagarna utifrån sysselsättning i hemlandet, tid i Sverige, orsak till uppehållstillstånd.

	Antal
Huvudsaklig sysselsättning innan man kom till Sverige* (n=32)	
Arbetade i eget eller delägt företag	9
Arbetade utanför hemmet	11
Skötte hemmet	4
Studerade	4
Sökte arbete	2
Var hemma på grund av långvarig sjukdom/ohälsa	0
Annat	2
År med uppehållstillstånd i Sverige (n=32)	
Kortare än 1 år	21
1 år	9
2 år eller mer	2
Varför man fått uppehållstillstånd (n=32)	
Asyl	22
Anhöriginvandring	10

n = Antal personer som svarat på frågan.

Resultat i tre övergripande teman

Resultaten presenteras under tre teman som representerar deltagarnas gemensamma erfarenheter tolkade på en mer abstrakt eller latent nivå. Temana bygger på ett antal subteman som beskriver det som deltagarna gav direkt eller manifest uttryck för i fokusgruppsdiskussionerna (Tabell 8).

Tabell 7. Kvalitativa resultat - teman och subteman

Tema	Subteman
Kursens struktur och metod påverkar nyttan	SO kursens upplägg Metoder och material
Ny information, nya hälsovanor	Tillgång till information Användning och nytta
Egenmakt och delaktighet i samhället	Kunskap som visar vägen Motivation till delaktighet

3.2.1. Kursen struktur och metod påverkar nyttan

Det första temat beskriver kursens ram och struktur såsom den upplevdes av deltagarna. I temat beskrivs deltagarnas syn på och erfarenheter av kursupplägget i utökad SO och metodiken som användes på kursen.

SO kursens upplägg

De deltagare som gick lågintensiva kurser var överlag mer nöjda med SO kursen upplägg. Både deltagare som gått lågintensiva- och intensivkurser upplevde dock att de fått för mycket information på för kort tid. Detta gjorde att många deltagare efterlyste en längre kurs, då alla delar upplevdes som viktiga. Kursen upplevdes ha för lite tid för paus, frågor och reflektion.

"Kursen är mycket nödvändig[...], men man får mycket information som är helt ny på mycket kort tid. Rasterna är få. Kursen borde vara längre, både kursen och rasterna. Men kursen är verkligen utmärkt och rik på nyttiga saker, och nödvändiga."

"Jag skulle önska att den var mycket längre än så här. För det är mycket information, en kunskapsbank och vi är inte så vana vid "data". "

"Kortare tid och mindre information skulle vara bra. Ärligt talat så är det ingen som kan koncentrera sig de sista två timmarna (intensivkurs)."

Hälsodelen

Även den utökade hälsodelen upplevdes för koncentrerad i sitt upplägg. Det gav en känsla av att informationen och kunskapen blev ytlig samtidigt som behoven av information om hälsa och särskilt hälso- och sjukvården är stora. Många deltagare ville ha mer tid för hälsofrågor.

"Jag tycker att en vecka var alldeles för kort tid och informationen om hälso- och sjukvården borde ha varit under två veckor. Vi gick igenom många saker väldigt snabbt och ytligt. Det var många områden som vi hade behövt gå på djupet, såsom familjen och hälsovården. Men på grund av tid hann vi inte."

"Vi fick information om många områden, men vi kunde inte gå in på djupet. Vi pratade till exempel om hälsovården, sex och samlevnad, familjen, kost[...]med eftersom det gick så snabbt...vi lärde oss mycket, men kunde ha lärt oss mer."

Många av deltagarna var förvånade över att kursen inleddes med hälsokommunikation. De flesta hade förväntat sig att SO enbart skulle handla om samhällsinformation med fokus på hur samhället är uppbyggt och vilka lagar det är som styr.

"Vi kom för att lära oss om lagarna och blev förvånade över ämnet hälsa."

Hälsa uppfattades som ett viktigt ämne av deltagarna som förslog att det skulle tas upp senare när de kände varandra lite bättre, vilket kan underlätta för diskussioner om känsliga ämnen.

"I början behöver man anpassa sig lite, och vi kom direkt in i ett viktigt ämne, så vi var inte förberedda. Så det vore verkligen bättre om den delen kom i slutet av kursen eller i mitten av den."

"Jag tycker inte att man ska ha informationen om hälsan i början av kursen. Eftersom vi precis hade träffats och inte kände varandra alls och därför inte kunde prata öppet med varandra. Till exempel kunde vi inte diskutera vissa saker som berörde sexualitet och samlevnad eftersom man skämdes och inte kände sig bekväm att diskutera med andra man inte kände."

Nivåindelning

SO kursen är inte nivåindelad vilket en del deltagare ansåg vara en svaghet, medan andra såg det som en styrka. Deltagarna talade om nivåindelning baserad på ålder snarare än utbildningsbakgrund.

"Det borde finnas någon ålderindelning, till exempel från 20-40 eller 45-65. För det varierar hur mycket vi förstår. Jag förstår informationen snabbare än de äldre. Till exempel förklarade hälsokommunikatören[...] om en applikation om kalorier och hur man räknar kalorier osv. Och det är svårt för de äldre att använda mobilen och förstå det här. Men för min ålder är det jättelätt."

"De (de äldre) kanske behöver mer förklaring, lite mer tid, och då blir det tråkigt för mig. Och om hon (kommunikatören) förklarar snabbt kommer de inte att förstå någonting. Så det är tröttsamt för oss och för dem (de äldre)."

"Jag tycker att det är bra med olika åldrar, då kan man dra fördel av varandras erfarenheter. Så jag tycker att det är bra med olika åldrar."

Metod och material

Att kommunikationen skedde genom dialog och på modersmålet uppskattades mycket av deltagarna. Det skapade ett förtroende mellan deltagarna och kommunikatorerna och gjorde att deltagarna verkligen förstod informationen. Daritalande deltagare hade dock svårt att förstå persisktalande kommunikatörer även om kommunikatören försökte att kompensera för en del språkskillnader med att förklara extra tydligt.

"Om kursen vore på vårt eget modersmål (dari) hade det varit bättre. Vi hade förstått bättre."

"Det hade gjort kursen ännu bättre. Den iranska läraren använder persiska ord som många av deltagarna inte förstår. De afghaner som bott i Iran kan de orden, men de som inte har bott i Iran förstår inte allting som sägs i klassen. Det är väldigt svårt. Det finns konstruktioner i språket som är mycket svåra att förstå."

Kommunikatörernas metodik

Deltagarna var mycket nöjda med kommunikatörernas sätt att förmedla kunskap. De sågs som pålitliga, engagerade och skickliga i sin dialog med deltagarna.

"Lärarna försökte verkligen få oss att förstå informationen. Stämningen bland deltagarna var mycket vänlig och alla fick möjlighet att uttrycka sig så det var bra."

"Läraren frågade om allas åsikter i alla diskussioner. Det var väldigt bra."

"Föreläsarna som vi hade var verkligen mycket kompetenta [...]de förklarade informationen inte bara för att förklara utan för att du ska förstå den och ha nytta av den."

"Läkaren sa "drick vatten" och på kursen fick vi en förklaring till varför det var viktigt."

Deltagarna upplevde att kommunikatorerna tog upp vissa saker översiktligt och allmänt men påpekade att det var på grund av den korta tiden och de många ämnena som ingår i kursen. Vissa deltagare upplevde att kommunikatorerna ibland lade för mycket tid på dialog.

"Det handlar inte om hur han (kommunikatören) undervisade. Men det var en mycket kort tid han hade på sig så[...] han hade viss information som alla behövde känna till, men det var mycket översiktligt [...] mycket allmänt."

"Men en liten sak kunde hända, att i det ämne hon tog upp var det något hon ville förmedla, inte bara ta upp. Hon gav av all sin kraft för att vi skulle förstå. Men det finns personer som gick lite utanför ämnet [...] och vi tappade tid."

Material

Nästan alla deltagarna tog upp att de saknade skriftligt material på det som kommunikatorerna presenterade och lärde ut. Med en stor mängd information som presenterades muntligen och med powerpoint-presentationer på svenska upplevde deltagarna att de behövde stöd av skriftligt material på modersmålet.

"Det hade varit väldigt bra om vi hade fått informationen som gavs i kursen som ett häfte. Det blir mycket information att ta till sig och komma ihåg. Vi förstår informationen men glömmer bort den."

"Det hade behövts böcker eller häften om kursen. Att vi hade kursboken framför oss och fick informationen, del för del, avsnitt för avsnitt. För problemet är att det var så mycket information[...] att det är svårt att gå tillbaka och komma ihåg."

"Då kan vi gå tillbaka till häftet hemma och repetera det vi har gått igenom, informationen i kursen på dagen. Annars kommer vi att glömma det mesta."

En del deltagare efterfrågade lite större variation i undervisningen till exempel användningen av bilder, filmer och praktiska övningar.

"Jag tycker att man kan gå in djupare på vissa saker, som till exempel att läraren kan ta med sig hälsoblanketten som man fyller i när man söker vård och gå igenom det utförligt i klassen. Eller att läraren går igenom hur man bokar tid hos tandläkaren."

"Om man är analfabet så har man svårt att komma ihåg det man bara hör. Men om man kombinerar muntliga föreläsningar med till exempel korta filmer ger det en större effekt."

3.2.2. Ny information, nya hälsovanor

Under det här temat beskrivs deltagarnas syn på och upplevelser av den utökade samhällsorienteringens innehåll, framför allt den utökade hälsodelen, och vad de tagit till sig av den tre subteman. Rent generellt var deltagarna nöjda eller mycket nöjda med SO kursens innehåll. De tog informationen till sig och fick en förändrad syn på exempelvis hälsa och även nya vanor. De deltagare som gick lågintensiva kurser var överlag mer nöjda och upplevde att de fått ut mer av kursen.

Tillgång till information

Informationen som deltagarna fick upplevdes som nyttig och gav en större förståelse för samhället. SO uppfattas som en källa till korrekt kunskap för deltagarna som under sin första tid i landet fått olika information från olika håll som de ibland haft svårt att lita på.

"Kursen är mycket nyttig. Den fick oss att veta många saker om det svenska samhällets lagar som vi inte kände till eller till och med hade missuppfattat. Det är en kurs som har upplyst oss och fått oss att förstå det svenska samhällets natur och vilka lagar som gäller i samhället."

"Den (kursen) är mycket bra för oss. När man kommer hit är man som en blind, även om man kan läsa och skriva. Utan information och kunskaper om samhället måste man prova sig fram hela tiden, men med en sådan kurs får man kunskaper man behöver för att fungera i samhället."

Information på ett tidigt stadium

Många uttryckte att kursen borde erbjudits på ett tidigare stadium, till och med innan uppehållstillståndet för att ge den nyanlända en bättre start.

"Kursen är en kompass för oss, som om jag var ansvarig för den här kursen skulle jag låta varje nyanländ flykting [...] så snart den anlät, få den här kompassen som visar honom vägen till vilken plats han än vill gå, arbete, studier eller vad som helst."

"Men det är mycket viktigt att kursen börjar på ett tidigt stadium för immigranten, så att den förstår lagarna på rätt sätt och att de blir etablerade på ett beständigt sätt."

Informationen och kunskapen som deltagarna fick på SO kursen uppfattades motivera till andra aktiviteter, vilket var ytterligare ett skäl till att den skulle erbjudas tidigt till den nyanlände, menade deltagarna.

"Ja, den ges ju ändå på modersmålet så det är bra att du vet och sedan börjar. Det kan ju till och med bli så att kursen får dig att ändra riktning, att du inte går SFI utan någon annan institution baserat på dina egna studier. Du får nyttig information så att du kan välja ställe du kan gå på, vad din nästa aktivitet ska vara."

Information om hälsa

Deltagarna uppfattade hälsodelens innehåll som mycket viktigt för dem och för deras hälsa. Deltagarna beskrev att de fått en större insikt om vikten av att vårda sin hälsa och även specifik kunskap kring många ämnen som till exempel mat, motion och sömn.

"Just vad gäller kost. Vad vi ska äta och vilka ämnen vi ska undvika att äta och hur kosten påverkar vår hälsa. Det var bra...vad som är bra för hälsan."

"Fokusen på motionen, att man måste motionera[...] även om det bara är en halvtimme, en promenad, att du rör dig."

"... jämlikheten i att motionera, det är inte bara mannen som ska ha stark fysik, också kvinnan ska ha en fysisk styrka och gå in i samhället med sin muskelstyrka."

Vissa upplevde att de redan hade god kunskap om hälsan, och att en del av informationen var en repetition av kunskap de redan hade.

"De flesta som kommer hit från Syrien är utbildade när det gäller hälsa. De har en uppfattning om hälsa. När han (läraren) berättade om olika saker brukade vi fylla i att så här kan man bota det, osv..."

"Som hälsan till exempel där kan det vara så att man påminns om något man redan visste."

"För mig var det mycket bra information och njutbar, trots att man grund av ålder och så har lite koll."

Den svenska hälso- och sjukvården engagerade deltagarna. Många har negativa erfarenheter av hälso- och sjukvården och har ett behov av mer information kring hur man får tillgång till den. Andra uppfattar att kursen stärkt dem i kontakterna med hälso- och sjukvården.

"Sjukvårdssystemet är svårt. Att hitta läkaren och få sitta ned med honom. Det är svårt. Inte alla kan ringa upp och tala med någon på svenska och boka tid. Det är faktiskt lite svårt."

"För min del så tycker jag att det har blivit mycket bättre jämfört med innan kursen. Till exempel om jag blir sjuk idag kan jag med stort självförtroende ringa 1177 eller om jag inte är alltför sjuk ringer jag vårdvårdcentralen och bokar tid hos en läkare."

"Innan jag gick kursen så hade jag inte så mycket information...till exempel om jag blev sjuk så visste jag inte att jag kunde söka vård i mitt område...sen om man bedömer att jag behöver skickas till en annan läkare eller specialist så remitteras jag dit. Då kan jag få adressen och namnet och bokad tid i handen...det där visste jag inte innan."

Användning och nytta

Deltagarna beskrev att de påverkats av och den hälsoinformation som de fått. Många kunde ge exempel på saker som de haft direkt nytta av, andra beskrev hur de förändrat beteenden och hälsovanor. Mat, sömn och motion var återkommande områden där deltagarna omsatt sin kunskap i praktiken.

"Den (informationen) har påverkat oss mycket. Men hur har det har påverkat mig...förut brukade jag sitta hemma ganska mycket[...]Men numera brukar jag på morgonen när jag är på väg till skolan, istället ta några minuters promenad[...] ibland efter kvällsbönen så brukar jag gå ut och promenera i ca fem eller tio minuter."

"Jag har börjat dricka mer vatten och det hjälper mig mycket. Jag börjar dricka vatten så fort jag går upp på morgonen och det har hjälpt mig mycket."

"Tidigare om jag försökte att promenera mellan Rinkeby och Tensta brukade jag bli trött snabbt och nu promenerar jag till och från kursen två gånger i veckan och jag märker att min kropp har blivit van vid att promenera."

"Till exempel brukade jag ha sömnproblem och brukade inte sova så mycket. Och när jag började ta långa promenader och dricka rikligt med vatten så märkte jag att jag även fick en bättre sömnrytm."

Deltagarna beskrev också att de hade spridit informationen som de lärt sig till andra i sin omgivning, som i sin tur haft nytta av den.

"Jag kommer att informera andra jag möter som är nya, jag kan förklara det bättre nu."

"Jag har berättat vidare till mina väninnor som även de tyckt att informationen var nyttig."

"Jag har faktiskt fått användning av hälsoinformationen...en av mina vänner är gravid och hon märkte att fostret inte rörde sig. Hon ville ringa vårdcentralen, men jag sa till henne att det är bättre att ringa 1177 så att vi kunde få råd och vägledning om vart vi skulle vända oss."

3.2.3 Egenmakt och delaktighet i samhället

Under det här temat beskrivs deltagarnas upplevelse och erfarenheter av vad kursen betytt för dem på ett djupare plan. Deltagarna gav uttryck för erfarenheter som beskriver hur information omsatts till en djupare kunskap och hur deltagandet i kursen ökat kontrollen över livet i Sverige, vilket man helt saknat innan upphållstillståndet.

Kunskap som visar vägen

Deltagarna beskriver hur informationen som de fått omsatts i insikter och kunskaper om hur samhället fungerar och vilka möjligheter och rättigheter de har.

"När man kommer hit är man som en blind, även om man kan läsa och skriva. Utan information och kunskaper måste man prova sig fram hela tiden, men med en sådan kurs får man kunskaper man behöver för att fungera i samhället."

"... Innan visste jag inte om olika kontakter som man kan göra med samhället. Jag visste inte heller om informationen vi har fått skulle ge mervärde, men nu vet jag det."

"Alla som kommit hit har rätt till bra sjukvård. Vi får jämlik sjukvård och att vi kan få vård överallt. Ingen kan säga att vi inte kan få vård på grund av att vi är nya i Sverige. Detta har jag lärt mig, och jag har blivit självsäker och kan mina rättigheter inom sjukvården."

"Allt är tillgängligt, så du kan välja din hälsa själv."

Motivation till delaktighet

Deltagarna beskriver hur deltagandet i kursen och kunskapen de fått stärkt dem på ett mentalt plan och motiverat till fullt deltagande i samhället.

"Jag har också märkt av en förändring. En stor förändring inombords ända sedan vi tog del av informationen. Det har varit väldigt fördelaktigt."

"Tidigare var det som att jag befann mig i ett mörkt rum. Nu känns det som att rummet jag befann mig i lysts upp."

"Den här kursen stärkte våra idéer ännu mer och gav oss motivation till något större, visade oss ett stort bord. Och det skiljer sig från person till person."

"Det påverkade oss verkligen på ett mentalt plan. I våra samhällen när det gäller kvinnor kanske det inte finns något mål, inte alla förstås. Men här lär vi oss att påverka samhället, att ha dig egen personlighet, att vara din egen. Hur man studerar och arbetar och förbättrar sitt självförtroende. Att du höjer det, det har jag lärt mig, att jag är en egen person. "

Här har kommunikatörerna inspirerat deltagarna och verkat som förebilder för hur man som nyanländ kan komma in i samhället.

"Hon (kommunikatören) påverkade oss genom att säga att du kan nu påverka det här samhället." Du ska jobba, du ska studera, så hon gav mig stark motivation att lära mig språket.

"Hon (kommunikatören) gav oss hopp om att morgondagen kommer att vara fin i det landet... morgondagen kan vara bättre."

3.3 Individuella intervjuer med aktörer

Totalt intervjuades 13 aktörer våren 2016. Cirka en tredjedel var hälsokommunikatörer, en tredjedel samhällskommunikatörer och en tredjedel var samordnare för hälsokommunikatörerna eller nyckelpersoner anställda på Centrum för samhällsorientering. Resultat från intervjuerna presenteras i ett antal teman och subteman (tabell 9).

Tabell 8. Teman och subteman för resultat från intervjuer med aktörer.

Organisation Gemensamma mål och samsyn kring projektet Roller och ansvar Administration
Samverkan Projektklimat Kommunikation Anpassning av arbetsätt
SO-kursen Användning av samhälls- och hälsokommunikatörer Hälsoblockets placering Innehåll Arena för hälsokommunikation
Deltagarna i utökad SO

3.3.1. Organisation

Gemensamma mål och samsyn kring projektet

Aktörerna som arbetat med utökad SO har upplevt att de har haft gemensamma mål och att alla varit engagerade för att nå dem. Vidare upplever de att arbetet känts givande och värdefullt vilket varit positivt för projektet.

Det finns en samsyn bland aktörerna om att hälsa är viktigt och att utökad SO fungerar som en sjukdomsförbyggande och hälsofrämjande insats som kan leda till bättre hälsa för deltagarna. Insatsen upplevs kunna leda till bättre välbefinnande för målgruppen vilket ses som en förutsättning för att kunna etablera sig och komma ut i arbete i Sverige. Enligt aktörerna ger utökad SO deltagarna en grund att stå på för att komma in i det svenska samhället och verktyg som underlättar etableringen. En del aktörer upplever att utökad SO kommer lite sent, medan andra anser att insatsen kommer i rätt tid då deltagarna hunnit landa.

”Jättebra att vi har samma mål att vi jobbar för integration och vi vill det bästa för våra deltagare, alla vi har det här målet vilket är bra.”

”Det är organisatorisk olika förutsättning som har varit utmanande men eftersom alla prioriterat projektet och kämpat för projektet så har de ändå lyckats hitta varandra och samordna det här 160 kurserna. Och det är positivt.”

”För några blir det försent, de har varit till vårdcentralen och de har fått alla tjänster de kunde få från migrationsverket. Vi säger till dem om [...] migrationsverket det är det de ger och skatteverket har såna uppdrag och så, men det är försent för dem för att de har redan gått till skatteverket [...] det blir som en extra information.”

Roller och ansvar

I början av projektet och till viss del även mot slutet tycktes det finnas en viss otydlighet om samhälls- respektive hälsokommunikatör roller. Vad som ska tas upp om hälsa, hur det ska tas upp tycks ha varierat. En del deltagare har fått viss hälsoinformation t.ex. information om hälso- och sjukvården två gånger, en gång av hälsokommunikatör och en gång av samhällskommunikatör. Andra deltagare har fått den informationen enbart vid ett tillfälle.

Det upplevs som otydligt vem eller vilken myndighet som har ansvar för nyanländas hälsa, vilket tycks försvåra implementeringen av projektet i den ordinarie verksamheten. Att det är många involverade parter som är inblandade i etableringen av nyanlända tas upp som en del av problemet och ett eventuellt förtydligande i lagstiftningen behövs.

Administration

Att aktörer från olika verksamheter arbetar på olika sätt upplevdes som en utmaning. Ett exempel var att hitta ett gemensamt sätt att hantera närvarolistor och att få alla kommunikatörer att fylla i och lämna in dem regelbundet. Problem med det i början ledde till att en del månadsredovisningar inte blev färdiga i tid, vilket skapade missnöje hos deltagarna som är beroende av dem för att få ut sin etableringsersättning. En annan utmaning som lyfts fram är att grupperna ibland är för stora. Något annat som togs upp var att handläggarna vid Arbetsförmedlingen vill att SO deltagare påbörja någon annan aktivitet innan de avslutat SO. Något som inte tycks ha fungerat helt bra är att deltagare i SO ibland blivit utan information om att SO kursen börjar med ett block om hälsa, vilket skapat en del förvirring. Andra brister som påtalas är att lokalerna och den utrustning som finns där man har SO kurser inte är helt tillfredställande. En del aktörer önskar att det ska finnas en person på plats som de kan ställa frågor till om problem uppstår.

”Vi är vana att ha en kontaktperson på varje arena, här är det ju mer att man har [...] receptionen [...] och då brukar det funka för att de bokar liksom, men det är inte så att jag har en person jag kan vända mig till.”

”Utmaningen var att förklara hur vi jobbar, sätt att kommunicera. Från början försöker vi komma till ”clarifikation”, hitta vägar kring hur vi hanterar till exempel att skicka listor i tid så att man kan förbereda sig, såna saker men det har löst sig.”

3.3.2. Samverkan

Projektklimat

Framgångsfaktorer i projektet är att det har funnits en god samverkan och ett hjälpsamt klimat. Man har hjälpts åt för att lösa problem, brytt sig om varandra och det har funnits en stark vilja att se till att samverkan fungerar. Därutöver har det funnits en vilja att utvecklas, att anpassa sig och genomföra ett bra projekt trots olika utmaningar. I stort anser aktörerna att de fått det stöd, den hjälp och de redskap som de behöver för att kunna anpassa sig till det nya arbetssättet i projektet och för att hantera kurserna.

”Alla försöker lösa problemen, så att jag ser en väldigt tydlig fokus på att lösa de problem som uppstår vilket jag tycker är bra samarbete, även om det finns problem så försöker man lösa dem tillsammans.”

Kommunikation

En annan framgångsfaktor som lyfts fram av flera aktörer är att kommunikationen i projektet fungerat väl. Genom ett bra diskussionsklimat och dialoger har informationsöverföring när det gäller koordinering och administration blivit bra. Något som inte upplevdes som riktigt bra i början. Att man har träffats och återkopplat till varandra är något som uppskattats och som en del skulle vilja att det fanns mer tid och utrymme för. En del upplever det som en brist att man inte har träffat andra aktörer mer än vad man gjort.

”Samverkan är alltid svårt, ofta har man olika synsätt på olika saker och då har det varit diskussioner ibland större, ibland mindre.”

Anpassning av arbetssätt

En del utmaningar med samverkan i projektet beror på att samhälls- och hälsokommunikatörer kommer från olika verksamheter. Det har varit en omställning att arbeta tillsammans med personer från en annan verksamhet och mycket arbete har handlat om att förstå, anpassa sig och att ta hänsyn till övriga aktörer. Ett exempel på anpassningar som verksamheter har fått göra är att

hälsokommunikatörerna från Transkulturellt centrum fått minska ner sin planeringstid för att kunna genomföra alla SO kurser som Centrum för samhällsorientering startat. Centrumet har i sin tur fått minska ner antalet kurser som går parallellt för att hälsokommunikatörerna ska hinna med.

Projektet upplevs som en läroprocess där samverkan anses kunna leda till utveckling och ökad kunskapsutbyte mellan de inblandade verksamheterna. Samverkan anses även kunna öka kunskapen om målgruppen hos aktörerna samt bidra till effektivisering av arbetet kring målgruppen. En förbättring är att projektet gör det möjligt för nyanlända att få insatser som hälsokommunikation tidigare.

En del aktörer upplever att samverkansprojektet lett till en ökad arbetsbörda och ett högre arbetstempo, andra att arbetsbördan inte påverkats alls. En del samhällskommunikatörer upplever att arbetet har underlättats genom att hälsokommunikatörerna tagit över en del av den information som förut gavs av dem. Att antal hälsokommunikatörer är få har upplevts som begränsande och utmanade för alla involverade parter.

”Jag tror det är mer att hur de jobbar, samhällsorienteringen ser annorlunda ut, där är det att man har en kurs. Sen ska man fylla den kursen. Så fort man har fyllt den så blir kursen av och den börjar en viss tid. Vi jobbar inte på det sättet, vi planerar och sen har vi en grupp en gång i veckan.”

3.3.3. SO kursen

Användning av samhälls- och hälsokommunikatörer

Genom att samhälls- och hälsokommunikatörerna har samma bakgrund som deltagarna har de möjlighet att dela med sig av sina egna erfarenheter av att ha varit nya i Sverige på modersmålet. Detta gör enligt aktörerna att insatsen kan erbjudas tidigt i etableringen och underlätta förståelsen av informationen som förmedlas. Flera kommunikatorer upplever att de skapar relationer med deltagarna och att många ser dem som viktiga förebilder.

”I och med att det hölls på deras egna språk så förstår de väldigt mycket, det underlättar mycket I dag till exempel pratade jag med en deltagare och hon var väldigt med nöjd med det vi håller på med i och med att hon förstod allt.”

Aktörerna upplever att samhälls- och hälsokommunikatörerna kompletterar varandra, att deras olika kompetenser behövs och att arbetet tillsammans förbättrar SO. Att hälsokommunikatörer har en hälsobakgrund ses också som en

fördel för projektet. Man anser att det skapar en tillit hos deltagarna och gör att de blir sedda och respekterade. Med sina kunskaper så kan hälsokommunikatörerna fördjupa hälsoämnet för deltagarna mer än vad samhällskommunikatörerna kan.

”Det är väldigt uppskattat av dem, att någon som ska prata om hälsa ställer frågor och inte bara informerar. Om deras synpunkter och deras erfarenheter, upplevelser.”

I en del fall då det funnits brist på hälsokommunikatörer har man lagt in hälsoblocket sist i SO kursen eller använt tolk i kombination med hälsokommunikatör. Administrativt innebar tolkanvändning en del extra arbete. Att ha en tolk anses vara negativt av aktörerna då dialog med målgruppen blir sämre och insatsen inte lika effektiv. Det upplevs också som jobbigt då det avviker från de ordinarie arbetsrutinerna. Därutöver inkom en del klagomål på tolkanvändning från deltagarna.

”Vi har använt tolk, det krävs mycket och det är kanske det största minuset för deltagarna. Du kan liksom inte kommunicera lika mycket på 12 timmar med tolk, hur mycket hinner du säga? Vi betonar väldigt mycket dialog och delaktighet, hur mycket kan du föra dialog och ha en tredje part med?”

Hälsoblockets placering

Det finns både för- och nackdelar med att hälsoblocket ligger först i utökad SO. En fördel för samhällsorienteringsdelen med att inleda med hälsokommunikation är att deltagarna hinner skapa en relation till varandra och formas till en grupp innan de träffar samhällskommunikatören. Det tycks vara relativt vanligt att det droppar in deltagare allt eftersom under den första veckan, vilket flera upplever som ineffektivt eftersom det gör att en del missar en del av hälsoblocket. Att behöva presentera hela kursen inklusive SO delen upplevs av en del hälsokommunikatörer som utmanande. Hälsokommunikatörer som haft hälsoblocket sist i SO kursen upplever att deltagarna då är mer öppna och att det då var lättare att ta upp och diskutera känsliga ämnen.

”Det finns fördelar och nackdelar, men hälsoveckan kan påverkas om den är första och andra dagen av kursen, för att folk kommer sent och mycket tid går till spillo.”

Innehåll

Hälsoblocket upplevs ha fungerat bra men också som för intensivt och koncentrerat. Att tillgodose deltagarnas behov upplevs som svårt och kommunikatorerna har inte alltid kunnat besvara alla deltagarnas frågor eller beröra ämnen som efterfrågas på grund av tidsbrist. Ofta får samhälls- och

hälsokommunikatörer ta del av hälsoproblem som deltagarna har, som de har svårt att hjälpa till med. Deltagarna har bland annat lyft problem med väntetider, ekonomi, bostad och andra saker som upplevs påverka deras hälsa.

"Och så ställer de komplicerade frågor ibland till exempel om de har diabetes och frågor om diabetes. Då gäller det att man faktiskt har koll [...]. Det är inte så lätt att man bara pratar om levnadsvanor utan det kan va komplicerade frågor, vi är inga behandlare och vi svarar inte på såna frågor".

"Många deltagare har ingenstans att bo, då kan man ibland känna sig lite maktlöst. Vissa frågor kan man inte göra någonting åt, fast vi förstår och vet att det här är något viktigt."

Även deltagarna själva har uttryckt att de fått otillräckligt information och efterfrågar mer tid och information. Önskemål från dem till kommunikatörerna är att SO kursen ska vara mer praktisk och att skriftlig information ska ges utöver den muntliga, något som även aktörerna tycker vore bra. Mer tid för SO i framtiden upplevs som orealistiskt av en del aktörer.

"Det viktigt för mig att tänka på framtiden, hur våra deltagare ska kunna klara sig på egen hand. Det är därför det är viktigt att de kan hämta informationen själva. Om de saknar information hur de kan ha information. Att göra något praktiskt under lektionen vilket gör att de blir mer kunniga."

Skillnader i behov mellan och inom språkgrupperna upplevs som utmanade. Personer med olika utbildningsnivå och bakgrund upplevs ha olika behov och förkunskaper. Blandande grupper gör det svårt att ta hänsyn till olikheterna så att var och en får den information och den sortens pedagogik som de behöver.

"Ibland det är många i en grupp så det gör det inte lätt för kommunikatörer att hjälpa deltagarna, att diskutera, att sätta frågor och att säga sina synpunkter. För det är väldigt viktigt för dem för att förstå allt, det måste inte vara föreläsning att jag ger dem information [...] och de går så om man har relativt mindre grupper man kan göra kursen på väldigt bra sätt så det är en som jag vill att ska förändras."

"Det är också en utmaning att några deltagare är äldre, andra unga med 20 -30 års skillnad. Vissa är högutbildade andra lågutbildade analfabeter. Det hade varit bra om man hade kunna dela på dem i äldre, unga, högutbildade kanske vissa yrken men jag förstå att det är något svårt".

Arena för hälsokommunikation

Samhällsorienteringen upplevs som en bra och effektivt arena för en hälsoinsats. Det är en etablerad insats som redan har ett befintligt system för administration, personal och genomförande av kurser till nyanlända. Aktörerna upplever att deltagarna genom den får en möjlighet att träffas och prata med andra och förstå sin livssituation.

”Det är fantastiskt möjlighet att nå så många som vi gör i och med att de är så många som går samhällsorientering inom etableringen. Så det är en fantastiskt arena.”

3.3.4. Deltagarna i utökad samhällsorientering

Enligt aktörerna uppskattar många deltagare hälsodelarna i SO och är väldigt nöjda över att de fått information och kunskap om hälsa. Deltagarna upplevs som nyfikna och många har funderingar om hälsan och om Sverige. Deltagarna har uttryckt att det har varit lärorikt att delta i SO och att hälsoinformationen varit användbar. Vidare har de berättat att de rekommenderar andra att delta i SO och att de delar med sig av information som de fått.

”På den sista dagen vill de att jag ska komma nästa vecka och fortsätta med dem; varför fortsätter du inte? Vi vill ha mer information. Det gillar det och vill ha mer information [...]. De är intresserad och de vill ha mera om samhället och hälsa och särskilt hälsa”.

”Om man utbildar en i det här så kommer det sprida sig till vänner, bekanta, familjer, barn och grannar.”

Aktörerna upplever att insatsen har ökat deltagarnas förståelse om olika saker såsom det svenska sjukvårdssystemet, vilket en del har dåliga erfarenheter av. Likaså att deltagare tycks ha blivit motiverade att söka vård och fått hjälp att hitta rätt inom hälso- och sjukvården. Vidare upplevs insatsen öka deltagarnas perspektiv på hälsa, ge tankeställare kring förutfattade meningar och i vissa fall ändra synen den.

”Vi har lyckats flera gånger att motivera folk att söka hjälp när vi förstår att det aldrig hade varit lätt att söka hjälp i många andra länder, det är en stor utmaning men det är värt mödan att hjälpa andra att börja om på nytt”.

Aktörerna upplever att deltagarna blir mer orienterade, tryggare, lättade och öppnare genom sitt deltagande i utökad SO. Deltagarna upplevs genom insatsen också känna sig sedda och får en känsla av att det svenska samhället bryr sig om

dem. En del samhälls- och hälsokommunikationer har kunnat se attityd-och livsstilsförändringar hos sina deltagare.

"Träffat några som känner sig lite mer trygga att gå till vårdcentralen [...] jämfört med när de kom hit och började kursen. Man träffar många som känner sig osäkra och några har [...], fel information, de har inte bra "trust" tillit eller förtroende. Sen efter kursen kommer de och säger de att de har fått den informationen, att de vet hur vården fungerar osv. så det är mycket."

"Många är ensamma med alltihopa och att man får dela med dig och att det andra som har gått igenom samma saker [...]. Jag kan inte poängtera nog hur viktigt det är för vissa."

"Jag tycker att de förstår bättre att det viktigt att träna. Att det är viktigt att äta frukost. Att det är viktigt att äta 5 gånger om dagen. Att det finns hjälp när det gäller psykiska sjukdomar om man känner ångest".

4. Diskussion

Det övergripande syftet med utvärderingen var att lyfta fram deltagares och aktörers upplevelser av den utökade samhällsorienteringen samt att undersöka hur deltagarnas hälsa påverkades av insatsen.

Deltagarnas utbildningsnivå

Deltagarna i utökad SO var inte en homogen grupp när det gäller utbildning. Många var akademiker (cirka 39 %) och en icke försumbar del (ca 16 %) hade ingen eller en låg utbildning⁵. SO saknar idag nivåindelning avseende utbildning (och ålder), något som finns inom SFI. Detta innebär en utmaning för samhälls- och hälsokommunikatörerna som måste anpassa sin undervisning så att den passar alla oavsett bakgrund och förkunskaper. I utvärderingen tas frågan om nivåindelning upp av såväl deltagare som aktörer. Alla tycker inte att en nivåindelning behövs, men problematiken kring blandade grupper kommer ofta upp i utvärderingar av den här typen av insatser (37).

Deltagarnas hälsa och hälsolitteracitet

Cirka 60 % av deltagarna bedömde sin hälsa som god eller mycket god jämfört med cirka 80 % i befolkningen i stort (47). Detsamma gäller psykiskt välbefinnande, även om det inte skiljer sig lika mycket. Cirka 30 % bedöms ha nedsatt psykiskt välbefinnande jämfört med cirka 20 % av männen och cirka 28 % av kvinnorna i Stockholms län i stort (48). Cirka en tredjedel uppgav att de hade någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, någon nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem och att nästan hälften hade besökt en vårdcentral eller annan vårdenhet under de senaste tre månaderna. Det visar att ohälsa är något som många i målgruppen berörs av.

Majoriteten av deltagarna har begränsad hälsolitteracitet. Det innebär att många saknar en eller flera förmågor som behövs för att kunna få tag på, förstå, värdera och använda sig av hälsoinformation för att bibehålla och förbättra sin hälsa. Två av fem har känt ett behov av att få hjälp med hälsoproblem från hälso- och sjukvården men ändå avstått på grund av, språksvårigheter, för att man inte trodde att man skulle få hjälp eller för att man inte visste vart man skulle vända sig, är även det ett uttryck för begränsad hälsolitteracitet. I fokusgrupperna med deltagare framkom det också att många hade problem med att förstå och få tillgång till den svenska hälso- och sjukvården.

⁵ 0-6 års utbildning.

Deltagarnas hälsa är ett angeläget område för dem, vilket är i linje med tidigare studier inom området som visar på hälsans betydelse för individer och etableringen (28, 32). Resultaten pekar på att det finns ett behov av mer information kring hälsa och hälso- och sjukvården. Detta har även framkommit i andra utvärderingar och uppmärksammats på många håll i landet. I länsstyrelsernas rapport om samhällsorienteringen 2016 framgår det att majoriteten av de kommuner som erbjuder hälsokommunikation inom SO har utökat hälsodelen med mellan 6-40 timmar(40).

Upplägg och innehåll

Det framkom från både deltagare och aktörer att samhällsorienteringens upplägg och metod, alltså strukturen för SO, påverkar nyttan av insatsen. Ett tydligt resultat var att SO kursen upplevs som mycket bra och informativ, men för fullmatad med information för antalet timmar i kursen. Många deltagare upplevde all information som viktig och ville därför att kursen skulle förlängas, men ett alternativ kan vara att prioritera bland de ämnen som tas upp. Exempelvis kan man målgruppsanpassa hälsoblocket så att inte alla ämnen tas upp med alla deltagare, då ursprungland kan påverka vilka behov man har (49). En annan lösning kan vara att utveckla skriftligt material till kursen till deltagarna, något som deltagarna efterfrågat som komplement till den muntliga undervisningen och dialogen. Användandet av praktiska övningar och hjälpmedel som bilder och filmer har visat sig vara framgångsrika och uppskattade av deltagare även i andra utvärderingar (27, 50). När det gäller placeringen av hälsoblocket i utökade SO är det en utmaning. Resultaten pekar mot att det bör placeras senare i kursen. När deltagarna har lärt känna varandra lite blir det lättare att diskutera olika hälsofrågor, speciellt känsligare ämnen såsom sexuell och reproduktiv hälsa. En annan strukturell utmaning är att se till att hälso- respektive samhällskommunikatörerna har tydligare roller när det gäller hälsoteman, det vill säga vem som tar upp vad. Risken finns annars att en del hälsoinformation faller mellan stolarna.

Samverkan

En framgångsfaktor i projektet har varit ett gott samverkansklimat mellan de olika aktörerna. En gemensam målbild och att aktörerna varit engagerade för att nå målen i projektet har bidragit till att samarbetet fungerat väl. Av särskild vikt är att man varit överens om att det är viktigt med hälsofrämjande insatser tidigt i etableringen. En god samverkan och samsyn kring hälsans betydelse för etableringen har varit en nyckel även i andra framgångsrika projekt och hälsofrämjande insatser mot nyanlända flyktingar (51). Samverkan i sig ses av aktörerna ha bidragit till en effektivisering av arbetet med målgruppen, inte minst i samband med samhällsorienteringen.

Likheter i resultat mellan ordinarie- respektive utökad SO

Ett övergripande resultat är att upplevelserna av hälsoinformation i SO är mycket lika, oavsett om man deltagit i utökad SO eller inte.

Kunskap, förståelse och nytta av hälsoinformationen

Oavsett vilken insats man tagit del av upplevde de flesta att de fått kunskap om många olika hälsofrågor, att de förstod hälsoinformationen, samt att de haft användning och nytta av att diskutera den med de andra i samma grupp. Samtidigt uppger många deltagare att de vill ha ännu mer information om den svenska hälso- och sjukvården som de upplever som svårnavigerad samt djupare kunskap om hälsa generellt. Att ta hand om sin hälsa uppfattas som viktigt för livet i Sverige. Synen på hälsa ser olika ut mellan länder som målgruppen kommer ifrån och många länder i västvärlden (8). I Sverige har vi till exempel en längre tradition när det gäller hälsofrämjande- och sjukdomsförebyggande arbete vilket kan vara helt nytt för de som inte är uppväxta i landet.

Deltagarna har upplevt att informationen som de fått har varit lätt att förstå, vilket till stor del beror på den modersmålsbaserade modellen. Man kan föra en dialog på sitt eget modersmål, vilket inte är möjligt i lika stor utsträckning via tolk. Kommunikatörerna upplevs som skickliga och trovärdiga förmedlare av information; de har liknande erfarenheter av migration som målgruppen kombinerat med kunskap om det svenska samhället. Rätten till hälsa, vilken inkluderar hälsoinformation som man förstår (52), förverkligas på så sätt i samhällsorienteringen.

Hälften av deltagarna upplevde att deltagandet i SO påverkade deras hälsa positivt och en del har ändrat hälsobeteenden utifrån kunskap som de fått. Samhällsorienteringen beskrivs av deltagarna som en arena som gett dem en djupare förståelse för Sverige och hur man lever ett gott liv i Sverige. Det har stärkt deltagarna och gett dem en känsla av sammanhang och delaktighet i samhället. Kommunikatörerna uppfattats som viktiga förebilder som hittat en väg in till arbete i Sverige. Delaktighet och egenmakt (empowerment) förbättrar förutsättningarna till jämlik hälsa (9).

Det är positivt att fyra av fem deltagare delar med sig till andra av den hälsoinformation som de får i SO. Cirka hälften av dem bedöms i sin tur göra något för att förbättra sin hälsa. Resultaten antyder att hur mycket man sprider informationen till andra, beror på hur mycket man förstått av innehållet och hur engagerad man varit i kursen. Att man sprider information man tagit del av till andra kan tolkas som att den upplevs som viktig och att man litar på den.

Hälsolitteracitet

Ser man till de djupare analyserna är det tydligt att deltagarnas hälsolitteracitet är av största vikt för hur mycket de får ut av deltagandet i SO. Ju högre hälsolitteracitet desto vanligare är det att deltagare fått mycket kunskap om hälsa och att de gjort något för att påverka sin hälsa. Dessa resultat överensstämmer med en tidigare studie om hälsoundersökningar för asylsökande(34). Att de som har sämst hälsolitteracitet, vilka ofta är av större behov av att lära sig mer om hälsa och hälso- och sjukvården får mindre sådan kunskap är allvarligt. Personer med begränsad hälsolitteracitet har ofta sämre hälsostatus, större vårdbehov och svårare att få tag på och förstå hälsoinformation på egen hand (19, 20). För att undvika att deltagares begränsade hälsolitteracitet leder till omotiverade skillnader i hälsa och onödig ohälsa bör man inom SO utveckla material och metoder så att det passar dessa deltagare. Metoder för att nå personer med begränsad hälsolitteracitet kan vara till nytta även för de med högre hälsolitteracitet (53). Utöver att anpassa material och metoder så att alla får ut lika mycket av en insats är det också viktigt att lägga in moment som kan förbättra individens olika hälsolitterära förmågor. Konkret handlar det om att se till så att deltagare får kunskap och redskap som de behöver för att själva kunna hitta, förstå, värdera och använda sig av den hälsoinformation som de behöver.

Goda exempel på hur man kan arbeta med hälsolitteracitet finns i riktlinjer och rekommendationer för hälsolitteracitet⁶. Att informera om hälsa på modersmål i dialogform, vilket rekommenderas av WHO (54) tycks utifrån utvärderingen inte alltid vara tillräckligt. En metod som kan användas i kombination med dialoger på modersmål för att främja hälsolitteracitet är "Teach-back" (55, 56), vilken går ut på att låta deltagarna själva återberätta det som man pratat om för att kontrollera att de verkligen har förstått. En annan är att utgå från målgruppens föreställningsvärld och kunskapsnivå genom att undersöka hur de ser på saker och ting innan ny information ges (57). Att använda ett vardagligt språk med så lite facktermer och komplicerade ord som möjligt är också viktigt (55).

Betydelsen av tidig information

När i tid man får ta del av SO tycks också vara av betydelse för hur man upplever i vilken grad man fått kunskap om vad som påverkar hälsan, och vad man själv kan göra för att påverka sin hälsa. Ju tidigare i etableringsprocessen som informationen ges, desto mer kunskap upplever deltagare att de fått. Enkelt sagt, har man störst behov av kunskap om det svenska samhället när man är ny. När man har varit landet, ett år eller mer har man antagligen tagit reda på

⁶ Mer information om rekommendationer, metoder och checklistor för att ta hälsolitteracitet i hälsofrämjande arbete finns på den svenska hemsidan för hälsolitteracitet: www.halsolitteracitet.se

informationen på annat sätt. Deltagare i fokusgruppen talar om vikten av rätt information på ett tidigt stadium. Ibland sprids information om hälsa och andra viktiga frågor som inte är korrekt. Att man inte kan språket och har begränsad hälsolitteracitet gör det svårt för många att bedöma vilken information som man kan lita på. Deltagarna talar om att informationen som de fått i SO borde ges redan under asyltiden. De hade därigenom kunnat undvika en del misstag och missförstånd som berodde på desinformation eller brist på information.

Olikheter i resultat mellan ordinarie- respektive utökad SO

Utökad SO tycks vara en något effektivare insats när det gäller att få deltagare att verkligen göra något för att förbättra sin hälsa än ordinarie SO. I fokusgrupperna framkom en rad exempel på nya hälsobeteenden som deltagarna inspirerats till genom sitt deltagande i SO-kursen. De hade framförallt ändrat en del av sina motions-, sömn- och matvanor. Aktörerna upplevde att deltagande i kursen fått en del att söka vård. Resultatet är mycket positivt med tanke på att eftermätningen skedde bara några få månader efter deltagandet i SO, när förändring av hälsobeteenden kan ta flera månader eller år (58).

En möjlig förklaring till att en större andel deltagare i utökad SO jämfört med i ordinarie SO gjort något för att förbättra sin hälsa kan vara att utökad SO består av fler timmar undervisning i hälsa. Information om hälsa vid upprepade tillfällen är viktigt för att hälsobudskap ska nå fram och användas (5, 59, 60). I utökad SO ingår också fler hälsoteman. Genom att man får kunskap om olika saker som påverkar hälsan är sannolikheten också större att man gör något. Om man enbart får information om hälso- och sjukvården och egenvård kanske man väntar tills man är sjuk innan man gör något. Har man där emot också fått hälsofrämjande information till exempel om mat och motion kan man göra något innan man är sjuk.

En annan förklaring till att deltagare i utökad SO i högre utsträckning hade förbättrat sin hälsa genom deltagandet i SO är att hälsodelen hölls av hälsokommunikatörer som är specialiserade på hälsa. Viktigt att poängtera är att det inte går att säga om det är de extra timmarna hälsa, användandet av hälsokommunikatörer eller en kombination av dessa två faktorer som gör att utökad SO tycks vara något effektivare än ordinarie SO för att få deltagare att förbättra sin hälsa.

5. Utvärderingens styrkor & svagheter

I utvärderingen har ett urval av de som deltagit i SO januari-juli deltagit. Ett urval som baserades på de språkgrupper som var vanligast då utvärderingsplanen togs fram. När utvärderingen väl startade hade flyktingströmmarna ändrats vilket gjorde den näst största språkgruppen (Tigrinja) inte kom med. Utveckling och översättning av enkäter är en omfattande process och att byta ut en språkgrupp precis innan genomförandet var inte praktiskt möjligt. Att data från deltagare i SO samlades in på modersmål var av stor betydelse för att få in korrekta och trovärdiga svar på de frågor som ställdes.

Enkäterna granskades av samhälls- och hälsokommunikatörerna med syfte att kvalitetssäkra innehåll och språk. Vid de två mättillfällena fanns det språkstöd tillgängliga för att svara på frågor och hjälpa till att fylla i enkäterna för de som behövde det. Närvaron av språkstöd från samma länder som deltagarna själva tycktes minska rädslan och öka motivationen att delta i utvärderingen och att svara på enkäten. De flesta som var på plats vid det första mättillfället valde att delta i utvärderingen.

Vid det andra mättillfället blev svarsfrekvensen lite mer än 50 %, vilket ses som relativt högt utifrån den målgrupp som deltog. Anledningarna till att inte fler svarade kan bland annat bero på att man inte vill, orkar eller har flyttat till annan ort. En del nya adresser hittades men inte alla. Vid jämförelse av sociodemografiska karaktäristika mellan de som svarade vid den första och andra mätningen kunde inga skillnader ses. Det innebär att ingen specifik sociodemografisk grupp tycks ha fallit bort vilket är positivt då det ökar resultatets generaliserbarhet. Det kan dock vara så att de som deltagit på de flesta träffarna i SO och som är nöjda med SO deltog i eftermätningen i högre grad än de som inte var det. Det kan också vara så att det är färre med begränsad hälsolitteracitet som svarade eftersom det krävs en viss grad av hälsolitteracitet för att kunna förstå och svara på frågorna som då skickades ut via post.

Det optimala hade varit om svar från enkäten vid för- och eftermätningen hade kunnat ha kopplats på individnivå. Då hade man hade kunnat göra analyser på individnivå och jämfört svar från för- och eftermätning vilket nu inte var möjligt eller meningsfullt på grund av den begränsade svarsfrekvensen. Anledningen till att enkäten vid första mättillfället inte kopplades till specifika individer beror på att risken bedömdes för stor, för att för många deltagare inte skulle vilja delta på grund av möjligheten att bli identifierad. Alla som svarade vid eftermätning hade

dock svarat på förväntningen vilket troligtvis var en motiverande faktor till att svara vid det andra tillfället.

Förväntningen bedöms vara av stort värde; den gav kunskap om målgruppens sociodemografiska karaktäristika, hälsostatus och hälsolitteracitet mm. Vidare var informationen viktig för de djupare analyserna, så att hänsyn kunde tas till de skillnader som fanns mellan deltagarna i ordinarie- och utökad SO.

Fokusgruppsdiskussionerna hade en mycket bra balans i antalet män respektive kvinnor och även en bra spridning i åldrarna hos deltagarna. Kunniga moderatorer ledde diskussionerna på deltagarnas modersmål vilket gav rika svar och reflektioner från deltagarna. Fokusgrupperna genomfördes endast med deltagare i utökade SO och inte ordinarie SO. I utvärderingen ingår alltså enbart erfarenheter från deltagare i utökad SO. Möjligen hade en jämförelse mellan deltagares erfarenheter i de två olika varianterna av SO varit intressant. Å andra sidan var syftet med fokusgrupperna att belysa just hur utökad SO upplevts av deltagarna.

När det gäller de individuella intervjuerna med aktörerna inom projektet deltog ett flertal aktörer från olika verksamheter. Samhälls- och hälsokommunikatörer, samordnare och administrativ personal från Centrum för samhällsorientering och Transkulturellt centrum. Däremot intervjuades inte ansvariga för det utbildningsföretag som samhällskommunikatörerna är anställda vid. Eftersom intervjuerna genomfördes i en senare fas av utvärderingen kunde viss information om kurser på Tigrinja samlas in genom dess samhälls- och hälsokommunikatörer.

Trots en del utmaningar och begränsningar i vissa delar av utvärderingen är bedömningen att resultat i stort är trovärdigt. Data har samlats in från deltagare såväl som aktörer med både kvantitativ- och kvalitativ metod, vilket har gett ett brett underlag för den övergripande analysen.

6. Slutsatser

Deltagarna upplever att de haft nytta av den utökade samhällsorienteringen. De har fått ny information och kunskap samt nya förbättrade hälsovanor. Deltagarna har fått större insikt om vikten av att vårda sin hälsa inom områden som motion, sömn och mat.

Kursens struktur påverkar nyttan för deltagarna.

Nuvarande innehåll i förhållande till antal timmar är för omfattande. Tiden som avsätts för hälsokommunikation bör dock inte minska, snarare ökas. Behoven av information om hälsa och den svenska hälso- och sjukvården är stora. Deltagarnas hälsolitteracitet behöver också tas i beaktande vid utformning av kurserna genom att metoder och material anpassas efter deltagare med låg hälsolitteracitet.

Kursens upplägg och innehåll behöver finjusteras och anpassas efter målgruppen. I detta ingår att prioritera innehåll samt att ta fram skriftligt material och ha mer praktiska övningar.

Att samhällsinformation kommer in tidigt i etableringsprocessen är viktigt.

Samhällsorienteringen ger inte bara ny kunskap, den stärker också den nyanlända och ökar känslan av delaktighet och möjlighet att påverka livet i Sverige.

Aktörerna inom projektet har samverkat på ett framgångsrikt sätt.

En gemensam målbild och en samsyn kring vikten av hälsa i etableringen har gett goda förutsättningar för de olika aktörerna att samarbeta och uppnå projektets mål.

7. Referenser

1. Översikt och statistik från tidigare år. Migrationsverket, 2014.
<http://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Statistik/Oversikter-och-statistik-fran-tidigare-ar.html>
2. Folkhälsorapport 2009. Stockholm, Socialstyrelsen, 2009.
3. Thörnquist A. I utkanten av arbetets marknad. ESF-projekt i ett arbetsmarknads- och arbetsmiljöperspektiv. Linköping: Linköpings universitet, 2011.
4. SOU 2012:69. Med rätt att delta - Nyanlända kvinnor och anhöriginvandrare på arbetsmarknaden. Stockholm 2012.
5. Daryani A. Olika Vilkor - Olika hälsa. Hälsan bland irakier folkbokförda i Malmö 2005-2007. Malmö: Malmö Institute for Studies of Migration, Diversity and Welfare. 2010.
6. Carneiro IG, Rasmussen CD, Jorgensen MB, Flyvholm MA, Olesen K, Madeleine P, et al. The association between health and sickness absence among Danish and non-Western immigrant cleaners in Denmark. *Int Arch Occup Environ Health*. 2013;86(4):397-405.
7. Chandola T, Jenkinson C. Validating self-rated health in different ethnic groups. *Ethn Health*. 2000;5(2):151-9.
8. Ingleby D. Acquiring health literacy as a moral task. *International journal of migration, health and social care*. 2012;8(1):22-31.
9. World Health Organization (WHO). "Closing the gap in a generation: health equity action on the social determinants of health" Final report of the Commission on the Social Determinants of Health. Geneva, 2008.
10. Davies AB, A., Frattini, C. Migration: A social determinant of the health of migrants. Geneva: 2006.
11. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Health Promot Int*. 1991;6(3):217-28.
12. Folkhälsans utveckling – elva målområden. Folkhälsomyndigheten; 2016.
<http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/folkhalsans-utveckling-malomraden/>
13. Mladovsky P. Migration and Health in the EU. London: Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, science TlSoeap; 2007.
14. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12:80.
15. Smith LS. Health of America's newcomers. *J Community Health Nurs*. 2001;18(1):53-68.
16. Young N, Mortensen A. Refugees and asylum seekers: implications for ED care in Auckland, New Zealand. *J Emerg Nurs*. 2003;29(4):337-41.
17. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med*. 2008;67(12):2072-8.
18. Sorensen K, Broucke SV, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12(1):80.
19. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med*. 2011;155(2):97-107.
20. Mårtensson L, Hensing G. Health literacy - a heterogeneous phenomenon: a literature review. *Scand J Caring Sci*. 2012;26(1):151-60.
21. Easton P, Entwistle VA, Williams B. How the stigma of low literacy can impair patient-professional spoken interactions and affect health: insights from a qualitative investigation. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:319.
22. Sorensen K, Pelikan JM, Rothlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015;25(6):1053-8.

23. NG E, Walter Rasugu Ombaria D. Health literacy and immigrants in Canada: Determinants and effects on health outcomes. Health Analysis Division SC; 2010.
24. Wångdahl J, Lytsy P, Mårtensson L, Westerling R. Health literacy among refugees in Sweden - a cross-sectional study. BMC Public Health. 2014;14(1):1030.
25. Sjölin Y. Hur tar vi emot nyanlända med medicinska behov? En inventering av bosättnings- och mottagarförhållanden. Europeiska flyktingfonden, 2010.
26. Fälth M. En kartläggning med fokus på utlandsfödda med språkhinder, ohälsoproblematik och behov av samordnad rehabilitering. Folkhälsobyrå, Västerås, 2013.
27. Emilsson H. Introduktion och integration av nyanlända invandrare och flyktingar. Utredningar, granskningar, resultat och bristområden. Stockholm, 2008.
28. Utan hälsa, ingen etablering - hälsans roll i flyktingarbetet. Länsstyrelsen Stockholm, 2011.
29. Välkommen in? Utrikesfödda kvinnor på den svenska arbetsmarknaden och som företagare. Rapport 2014:14. Länsstyrelsen Stockholm, 2014.
30. Ds (2012:27) Utvidgad målgrupp för etableringslagen. Arbetsmarknadsdepartementet, 2012.
31. Lag (2010:197) om etableringsinsatser för vissa nyanlända invandrare. Arbetsmarknadsdepartementet, 2010.
32. Larsson A-C. Ohälsan tiger inte still. En kartläggning av hinder för integration i arbetslivet. Linköpings universitet, 2011.
33. Hälsa- och sjukvård åt asylsökande under 2011. Stockholm, Sveriges kommuner och landsting, 2012.
34. Wångdahl J. Vilken betydelse har hälsolitteracitet för hälsoundersökningen för asylsökande? Uppsala universitet, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, 2014.
35. Svensson P. 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. Lunds universitet, 2013.
36. Wångdahl J, Åhs A. Projekt Athena - en användbar metod för att främja närhet till arbetsmarknaden och hälsa hos långtidsarbetslösa utlandsfödda kvinnor? Uppsala universitet, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, 2014.
37. Al-Adhami M. Förstudie MILSA - Hälsokommunikation i relation till samhällsorientering och etablering av nyanlända flyktingar i Sverige. Länsstyrelsen Skåne, 2015.
38. Förordning (2010:1138) om samhällsorientering för vissa nyanlända invandrare. Arbetsmarknadsdepartementet, 2010.
39. Lag (2013:156) om samhällsorientering för vissa nyanlända invandrare. Arbetsmarknadsdepartementet, 2013.
40. Samhällsorientering för nyanlända. Länsstyrelsernas gemensamma redovisning 2016. Länsstyrelsen Jönköping, 2016.
41. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. J Clin Epidemiol. 1993;46(12):1417-32.
42. Syfte och bakgrund till frågorna i nationella folkhälsoenkäten - Hälsa på lika villkor. Folkhälsomyndigheten, Stockholm, 2014.
43. McDowell I. Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires. 3. ed. New York: Oxford University Press; 2006.
44. Röthlin F, Pelikan JM, Ganahl K. Die Gesundheitskompetenz der 15-jährigen Jugendlichen in Österreich. Abschlussbericht der österreichischen Gesundheitskompetenz Jugendstudie im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSV). Wien: Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research., 2013.
45. Kitzinger J. Qualitative research. Introducing focus groups. Bmj. 1995;311(7000):299-302.

46. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004;24(2):105-12.
47. Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2014. Folkhälsomyndigheten, Stockholm, 2014.
48. Folkhälsorapport 2015. Folkhälsan i Stockholms län. Stockholms läns landsting, 2015.
49. Positiv hälsoutveckling för asylsökande och nyanlända. Rapport till socialdepartementet efter regeringsbeslut S2015/06414/FS. Sveriges kommuner och landsting, 2016.
50. Baker U, Allebeck P. Hälsokommunikatörer i Stockholms län. En utvärdering av projektverksamheten 2010-2011. Karolinska Institutet, Avdelningen för Socialmedicin, Institutionen för folkhälsovetenskap, 2012.
51. Regional samverkan kring etablering av nyanlända. Lärdomar från Skåne. Länsstyrelsen Skåne, Ramböll, 2014.
52. Office of the High Commissioner for Human Rights. CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12). Adopted at the Tweny-second Session of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights, on 11 August 2000. 2000.
53. Weiss B. Health literacy and patients safety: help patient understand. 2007. In: Manual for clinicians [Internet]. Chicago: American Medical Association Foundation.
54. Health Literacy - the solid facts. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2013.
55. Kriplani S, Weiss BD. Teaching about health literacy and clear communication. *Journal of General Intern Medicine*. 2006;21:888-90.
56. Kunskapscentrum för Jämlik vård VG. Förstå mig rätt - minska missförstånd. 2016 http://jamlikvard.vgregion.se/sv/Regionkansliet/Halso--och-sjukvardsavdelningen/Kunskapscentrum-for-Jamlik-var/d/jamlik_var/d/Metoder-Material/Forsta-mig-ratt/.
57. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research". *Internal Medicine*. 1978;88(2):251-8.
58. Nutbeam D. Theory in a Nutshell. A Practical Guide to Health Promotion Theories. Australia: McGraw-Hill Education.; 2010.
59. Schaefer S. Integrated Review of Health Literacy Interventions. *Orthopaedic Nursing*. 2008;27(5):302-17.
60. Kreps GL, Sparks L. Meeting the health literacy needs of immigrant populations. *Patient Educ Couns*. 2008;71(3):328-32.

Bilagor

Bilaga 1. Resultat från enkätundersökningen, svar från gruppen i stort.

Tabell 1. Sociodemografiska egenskaper vid första mättilfället.

	Totalt	
	Antal	%
Födelseland (n=477)		
Afghanistan	19	4
Irak	22	4
Iran	16	3
Somalia	13	3
Syrien	401	1
Annat land	24	5
Kön (n=503)		
Man	391	78
Kvinna	112	22
Ålder (n=465)		
18-24	65	14
25-44	265	57
45-64 år	132	28
65 år eller äldre	3	1
Utbildning (n=507)		
Ingen	22	4
1-6 år	63	12
7-9 år	88	17
10-12 år	136	27
Mer än 12 år	198	39
Huvudsaklig sysselsättning innan man kom till Sverige* (n= 493)		
Arbetade i eget eller delägt företag	103	21
Arbetade utanför hemmet	162	33
Skötte hemmet	81	16
Studerade	103	21
Sökte arbete	11	2
Var hemma på grund av långvarig sjukdom/ohälsa	5	1
Annat	66	13
Vilka man bor tillsammans med* (n=492)		
Bor ensam	46	9
Bor tillsammans med ett eller flera barn under 18 år	157	32
Bor tillsammans med en eller flera vuxna över 18 år	351	71

*Möjligt att kryssa i flera svarsalternativ, n = Antal personer som svarat på frågan.

Bilaga 1. Resultat från enkätundersökningen - svar från gruppen i stort.

Tabell 2. Uppehållstillstånd och etablering vid första mättillfället.

	Totalt	
	Antal	%
År med uppehållstillstånd i Sverige (n=445)		
Kortare än 1 år	188	42
1 år	237	53
2 år eller mer	20	5
Varför man fått uppehållstillstånd (n=501)		
Asyl	381	76
Anhöriginvandring	116	23
Annan orsak	4	1
Deltar i etableringen för nyanlända migranter (n=507)		
Ja, jag har etableringsplan	498	98
Nej	9	2
Hur mycket man ska delta i aktiviteter enligt sin etableringsplan (n=466)		
Något mindre än halva dagar	27	6
Halva dagar	67	14
Något mindre än hela dagen	29	6
Hela dagar	343	74

n = Antal personer som svarat på frågan.

Bilaga 1. Resultat från enkätundersökningen - svar från gruppen i stort.

Tabell 3. Hälsa vid första mättillfället.

	Totalt	
	Antal	%
Allmänt hälsotillstånd (n=508)		
Mycket bra	123	24
Bra	179	35
Någorlunda	154	30
Dåligt	39	8
Mycket dåligt	13	3
Psykiskt välbefinnande (n=511)		
God psykisk hälsa	330	65
Nedsatt psykisk hälsa	181	35
Långvarig sjukdom eller ohälsa (n=498)		
Nej	363	73
Ja	135	27
Förändrat hälsotillstånd sedan man kom till Sverige (n=504)		
Nej	323	64
Ja, till det bättre	88	17
Ja, till det sämre	93	18
Antal dagar man varit borta från aktiviteter i etableringsplan eller annan sysselsättning pga. ohälsa den senaste månaden (n=498)		
Har ej varit borta	424	85
Ca 1-3 dagar	50	10
Ca 4-5 dagar	28	4
Ca 6-10 dagar	5	1
Ca 11-15 dagar	0	0
Ca 16-20 dagar	1	0
Orsak till varför man inte deltog i aktiviteter i etableringsplan eller annan sysselsättning den senaste månaden* (n=72)		
Influensa, feber, förkylning, ont i halsen eller hosta	20	28
Kräkningar eller diarréer	4	6
Nedstämdhet, ledsen, stressad, orolig eller väldigt trött	17	24
Ont i huvudet	11	15
Ont i magen	4	6
Smärta eller värk i axlar, rygg eller ben	6	8
Yrsel	8	11
Annat	28	39

n = Antal personer som svarat på frågan, *Möjligt att kryssa i flera svarsalternativ.

Bilaga 1. Resultat från enkätundersökningen - svar från gruppen i stort.

Tabell 4. Vårdutnyttjande vid första mättilfället.

	Totalt	
	Antal	%
Blivit erbjuden en hälsoundersökning för asylsökande (n=505)		
Ja, och jag har gjort den	342	68
Ja, men har ej gjort den	37	7
Nej	108	21
Vet ej	18	4
Om man de senaste 3 månaderna på grund av egna besvär eller symtom...		
Besökt akutmottagning (n=462)		
Nej	368	80
Ja, en gång	69	15
Ja, flera gånger	24	5
Besökt mödravårdcentral (n=461)		
Nej	395	93
Ja, en gång	14	3
Ja, flera gånger	15	4
Besökt kurator/psykolog (n=424)		
Nej	396	92
Ja, en gång	18	4
Ja, flera gånger	18	4
Besökt vårdcentral (n=449)		
Nej	246	55
Ja, en gång	106	24
Ja, flera gånger	97	22
Besökt vårdenhet på sjukhus (ej akuten) (n=438)		
Nej	339	77
Ja, en gång	56	13
Ja, flera gånger	43	10
Ringt till sjukvårdsrådgivningen (1177) (n=438)		
Nej	422	96
Ja, en gång	13	3
Ja, flera gånger	3	1

n = Antal personer som svarat på frågan.

Bilaga 1. Resultat från enkätundersökningen - svar från gruppen i stort.

Tabell 5. Vårdbehov vid första mättillfället.

	Totalt	
	Antal	%
Under de senaste 3 mån känt behov av hjälp med hälsoproblem men inte sökt hälso- och sjukvård (n=497)		
Nej	317	64
Ja	180	36
Orsak till att man inte sökte hälso- och sjukvård* (n=161)		
Besvären gick över	26	16
Kom inte fram på telefon	4	3
Språksvårigheter	65	40
Trodde inte jag kunde få någon hjälp	39	24
Visste inte vart jag skulle vända mig	31	19
Ville inte att någon skulle få reda på min sjukdom eller mina problem	8	5
Ville vänta ett tag	34	21
Annan orsak	21	13
Vad man gjorde i stället för att söka sjukvård* (n=159)		
Ingenting	70	44
Sökte själv information via böcker, broschyrer och internet	24	15
Frågade om råd på apotek	13	8
Använde receptfria läkemedel	20	13
Tog hjälp av en vän eller släkting	17	11
Använde läkemedel från sitt hemland	30	19
Ändrade sina levnadsvanor	14	9
Annat	7	4

n = Antal personer som svarat på frågan, *Möjligt att kryssa i flera svarsalternativ.

Bilaga 1. Resultat från enkätundersökningen - svar från gruppen i stort.

Tabell 6. Hälsolitteracitet och synen på hälsa vid första mättillfället.

	Totalt	
	Antal	%
Hur lätt/svårt det är att veta vart man ska vända sig om man behöver hälso- och sjukvård (n=500)		
Mycket lätt	44	9
Lätt	262	52
Svårt	153	31
Mycket svårt	41	8
Hur lätt/svårt det är att veta vart man ska vända sig om man behöver hjälp för att man mår psykiskt dåligt (n=500)		
Mycket lätt	35	7
Lätt	182	36
Svårt	204	41
Mycket svårt	79	16
Hälsolitteracitet (n=494)		
Tillräcklig	161	33
Problematisk	143	29
Bristande	190	38
Uppfattning om vad hälsan till största delen beror på (n=484)		
Saker som man kan påverka	203	42
Saker som man inte kan påverka	124	26
Saker som man till ungefär lika delar kan påverka/inte påverka	157	32

n = Antal personer som svarat på frågan.

Bilaga 1. Resultat från enkätundersökningen - svar från gruppen i stort.

Tabell 7. Mottagande av information, förståelse, nytta och användning av hälsoinformation i samband med SO.

	Totalt	
	Antal	%
Fick information om hälsa och sjukvård när man deltog i samhällsorienteringen (n=223)		
Nej	7	3
Ja	216	97
Hur det var att förstå information om hälsa och sjukvård som man fick på samhällsorienteringen (n=213)		
Mycket lätt	77	36
Lätt	124	58
Svårt	12	6
Mycket svårt	0	0
Om man hade nytta av att diskutera information om hälsa och sjukvård med de andra i gruppen (n=212)		
Nej, inte alls	5	2
Ja, lite	112	53
Ja, mycket	95	45
Om man haft användning för den information man fick om hälsa och sjukvård (n=208)		
Nej, inte alls	37	18
Ja, lite	124	60
Ja, mycket	47	23
Hur ens hälsa har påverkats av att delta i samhällsorienteringen (n=206)		
Den har blivit sämre	4	2
Inte påverkats alls	99	48
Den har blivit bättre	103	50
Om man gjort något för att förbättra sin hälsa på grund av att man deltagit i samhällsorienteringen (n=209)		
Nej	95	45
Ja	114	55
Om man har berättat för någon annan t.ex. släkting eller vän om informationen som man fick om hälsa och sjukvård i samband med samhällsorienteringen (n=211)		
Nej	37	18
Ja	174	83
Om någon annan, t.ex. släkting eller vän, gjort något för att förbättra sin hälsa på grund av den information som man berättat för dem (n=208)		
Nej	110	53
Ja	98	47

n = Antal personer som svarade på frågan.

Bilaga 1. Resultat från enkätundersökningen - svar från gruppen i stort.

Tabell 8. Vad man fick för hälsokunskap i samband med deltagandet i SO.

	Totalt	
	Antal	%
Om man fick kunskap om...		
Hur olika levnadsvanor kan påverka hälsa och sjukdom (n=207)		
Nej, inte alls	5	2
Ja, lite	122	59
Ja, mycket	80	39
Hur ens hälsan kan påverkas av att man är ny i Sverige (n=209)		
Nej, inte alls	14	7
Ja, lite	123	59
Ja, mycket	72	34
Vad man själv kan göra för att påverka sin hälsa (n=208)		
Nej, inte alls	21	10
Ja, lite	110	53
Ja, mycket	77	37
Varför man kan bli kallad till hälso- och sjukvården även om man är frisk (n=200)		
Nej, inte alls	30	15
Ja, lite	95	48
Ja, mycket	75	38
Vart man kan vända sig om man är sjuk men inte vet vad man ska göra eller vart man ska åka (n=198)		
Nej, inte alls	17	9
Ja, lite	102	52
Ja, mycket	79	40
Vart man ska vända sig vid allvarliga olycksfall eller allvarlig akut sjukdom (n=198)		
Nej, inte alls	19	10
Ja, lite	100	51
Ja, mycket	79	40
Varför man kan få olika behandling eller medicin från hälso- och sjukvården på olika platser (n=192)		
Nej, inte alls	33	17
Ja, lite	106	55
Ja, mycket	53	28
Varför man inte alltid får träffa doktorn när man besöker hälso- och sjukvården (n=195)		
Nej, inte alls	47	24
Ja, lite	102	52
Ja, mycket	46	24
Om man fick någon <u>ny</u> kunskap om ...		
Vad som kan påverka ens hälsa (n=206)		
Nej, inte alls	14	7
Ja, lite	108	52
Ja, mycket	84	41
Vad man själv kan göra för att påverka sin hälsa (n=202)		
Nej, inte alls	14	7
Ja, lite	108	53
Ja, mycket	80	40

n = Antal personer som svarade på frågan.

Bilaga 2. Resultat från enkätundersökning - skillnader i svar mellan deltagare i ordinarie- och utökad SO.

Tabell 1. Skillnader i utbildningsnivå mellan deltagare i ordinarie- och utökad SO vid första mättilfället.

	Ordinarie SO		Utökad SO		Signifikans p-värde <0.05 ^M
	Antal	Fördelning (%)	Antal	Fördelning (%)	
Utbildning (n=507)					
Ingen	6	3	16	5	
1-6 år	36	20	27	8	
7-9 år	30	17	58	18	
10-12 år	46	26	90	27	
Mer än 12 år	60	34	138	42	

n = Antal personer som svarat, M = Mann-Whitney U-test, p-värde <0.05 = statistiskt signifikant skillnad.

Tabell 2. Skillnader i deltagande i etableringen mellan deltagare i ordinarie- och utökad SO vid första mättilfället.

	Ordinarie SO		Utökad SO		Signifikans p-värde <0.01 ^M
	Antal	Fördelning (%)	Antal	Fördelning (%)	
År med uppehållstillstånd i Sverige (n=445)					
Kortare än 1 år	26	17	162	55	
1 år	115	77	122	41	
2 år eller mer	9	6	11	4	
Hur mycket man ska delta i aktiviteter enligt sin etableringsplan (n=466)					
Något mindre än halva dagar	11	7	16	5	
Halva dagar	13	8	54	18	
Något mindre än hela dagen	6	4	23	8	
Hela dagar	131	81	212	70	

n = Antal personer som svarat, M = Mann-Whitney U-test, Fet stil = Statistisk signifikant skillnad p-värde <0.05 eller <0.01.

Bilaga 2. Resultat från enkätundersökning - skillnader i svar mellan deltagare i ordinarie- och utökad SO.

Tabell 3. Skillnader i upplevelsen av hur svårt det är att få veta vart man ska vända sig om man behöver hälso- och sjukvård mellan deltagare i ordinarie- och utökad SO vid första mätillfället.

	Ordinarie SO		Utökad SO		Signifikans p-värde
	Antal	Fördelning (%)	Antal	Fördelning (%)	
Hur lätt/svårt det är att veta vart man ska vända sig om man behöver hälso- och sjukvård (n=500)					<0.05 ^M
Mycket lätt	19	11	25	8	
Lätt	96	56	166	51	
Svårt	47	27	106	32	
Mycket svårt	11	6	30	9	

n = Antal personer som svarat på frågan, ^M = Mann-Whitney U-test, p-värde <0.05 = statistiskt signifikant skillnad.

Tabell 4. Skillnader i förståelse och användning av hälsoinformation i samband med SO mellan deltagare i ordinarie- och utökad SO vid andra mätillfället.

	Ordinarie SO		Utökad SO		Signifikans
	Antal	Fördelning (%)	Antal	Fördelning (%)	
Hur det var att förstå information om hälsa och sjukvård som man fick på samhällsorienteringen (n=213)					<0.05 ^M
Mycket lätt	15	25	62	41	
Lätt	40	67	84	55	
Svårt	5	8	7	5	
Mycket svårt	0	0	0	0	
Om man gjort något för att förbättra sin hälsa på grund av att man deltagit i samhällsorienteringen (n=209)					<0.05 ^C
Nej	35	58	60	40	
Ja	25	42	89	60	

n = Antal personer som svarat på frågan, C = Chi square test, M = Mann-Whitney U-test, Fet stil = Statistisk signifikant skillnad p-värde <0.05.

Bilaga 2. Resultat från enkätundersökning - skillnader i svar mellan deltagare i ordinarie- och utökad SO.

Tabell 5. Skillnader i vad man fick för kunskap i samband med deltagandet i SO mellan deltagare i ordinarie- och utökad SO vid andra mättilfället.

	Ordinarie SO		Utökad SO		Signifikans
	Antal	Fördelning (%)	Antal	Fördelning (%)	
Om man fick kunskap om...					
Hur olika levnadsvanor kan påverka hälsa och sjukdom (n=207)					
Nej, inte alls	1	2	4	3	<0.05 ^M
Ja, lite	41	73	81	54	
Ja, mycket	14	75	66	44	
Vad man själv kan göra för att påverka sin hälsa (n=208)					
Nej, inte alls	6	10	15	10	<0.05 ^M
Ja, lite	40	69	70	47	
Ja, mycket	12	21	65	43	
Vart man ska vända sig vid allvarliga olycksfall eller allvarlig akut sjukdom (n=198)					
Nej, inte alls	6	11	13	9	<0.05 ^M
Ja, lite	34	62	66	46	
Ja, mycket	15	27	64	45	
Om man fick någon ny kunskap om ...					
Vad som kan påverka ens hälsa (n=206)					
Nej, inte alls	8	14	6	4	<0.05 ^M
Ja, lite	32	54	76	52	
Ja, mycket	19	32	65	44	
Vad man själv kan göra för att påverka sin hälsa (n=202)					
Nej, inte alls	7	12	7	5	<0.05 ^M
Ja, lite	35	60	73	51	
Ja, mycket	16	28	64	44	

n = Antal personer som svarat på frågan, M = Mann-Whitney U-test, Fet stil = Statistisk signifikant skillnad p-värde <0.05.

Bilaga 3. Resultat från enkätundersökningen - fördjupade analyser.

Tabell 1. Odds kvot (OR) för att ha upplevt att det var mycket lätt att förstå information om hälsa och sjukvård när man deltog i SO.

Möjliga förklarande faktorer	Ojusterad OR ^a (95 % CI)	Justerad modell OR ^b (95 % CI)
Kön	-	-
Ålder	-	-
Grupp		
Ordinarie SO	1	1
Utökad SO	2.04 (1.05–3.99)*	1.58 (0.73-3.44)
Hälsolitteracitet		
Bristande	1	1
Problematisk	1.89 (0.79-4.50)	2.09 (0.78-5.59)
Tillräcklig	2.70 (1.21–6.05)*	2.49 (0.99-6.24)
Utbildning	-	-
År med uppehållstillstånd i Sverige		
1 år eller mer	1	1
Kortare än 1 år	1.90 (1.04–3.45)*	1.87 (0.94-3.74)

^a Ojusterad OR för möjliga förklarande faktorer; ^b Justerad OR med de möjliga förklarande faktorerna: kön, ålder, grupp, hälsolitteracitet, utbildning och antal år med uppehållstillstånd i Sverige inkluderade; 95 % CI = 95 % konfidensintervall; - Ej signifikant; *Statistisk signifikant p-värde <0.05; ** Statistisk signifikant p-värde < 0.01.

Tabell 2. Odds kvot (OR) för att ha upplevt att man fick mycket kunskap om hur olika levnadsvanor kan påverka hälsa och sjukdom när man deltog i SO.

Möjliga förklarande faktorer	Ojusterad OR ^a (95 % CI)	Justerad modell OR ^b (95 % CI)
Kön	-	-
Ålder	-	-
Grupp		
Ordinarie SO	1	1
Utökad SO	2.33 (1.17–4.62)*	1.89 (0.82-4.38)
Hälsolitteracitet		
Bristande	1	1
Problematisk	1.38 (0.60-3.21)	2.66 (0.92-7.63)
Tillräcklig	2.83 (1.31–6.15)**	5.47 (1.98–15.16)**
Utbildning		
0-6 år	1	1
7-12 år	6.41 (1.82–22.51)**	4.69 (1.19–18.55)*
Mer än 12 år	7.46 (2.08–26.75)**	4.85 (1.22–19.36)*
År med uppehållstillstånd i Sverige		
1 år eller mer	1	1
Kortare än 1 år	2.00 (1.09–3.66)*	1.74 (0.85-3.57)

^a Ojusterad OR för möjliga förklarande faktorer; ^b Justerad OR med de möjliga förklarande faktorerna: kön, ålder, grupp, hälsolitteracitet, utbildning och antal år med uppehållstillstånd i Sverige inkluderade; 95 % CI = 95 % konfidensintervall; - Ej signifikant; *Statistisk signifikant p-värde <0.05; ** Statistisk signifikant p-värde < 0.01.

Bilaga 3. Resultat från enkätundersökningen - fördjupade analyser.

Tabell 3. Odds kvot (OR) för att ha upplevt att man fick mycket kunskap om vad man själv kan göra för att påverka sin hälsa när man deltog i SO.

Möjliga förklarande faktorer	Ojusterad OR ^a (95 % CI)	Justerad modell OR ^b (95 % CI)
Kön	-	-
Ålder	-	-
Grupp		
Ordinarie SO	1	1
Utökad SO	2.93 (1.44–5.98)**	1.92 (0.83-4.45)
Hälsolitteracitet		
Bristande	1	1
Problematisk	1.37 (0.58-3.25)	2.73 (0.96-7.76)*
Tillräcklig	2.66 (1.20–5.87)*	4.30 (1.59–11.67)**
Utbildning	-	-
År med uppehållstillstånd i Sverige		
1 år eller mer	1	1
Kortare än 1 år	2.28 (1.24–4.19)**	2.46 (1.20–5.50)*

^a Ojusterad OR för möjliga förklarande faktorer; ^b Justerad OR med de möjliga förklarande faktorerna: kön, ålder, grupp, hälsolitteracitet, utbildning och antal år med uppehållstillstånd i Sverige inkluderade; 95 % CI = 95 % konfidensintervall; - Ej signifikant; *Statistisk signifikant p-värde <0.05; ** Statistisk signifikant p-värde < 0.01.

Tabell 4. Odds kvot (OR) för att ha upplevt att man fick mycket kunskap om vart man ska vända sig vid allvarliga olycksfall eller allvarlig akut sjukdom när man deltog i SO.

Möjliga förklarande faktorer	Ojusterad OR ^a (95 % CI)	Justerad modell OR ^b (95 % CI)
Kön	-	-
Ålder	-	-
Grupp		
Ordinarie SO	1	1
Utökad SO	2.16 (1.10–4.27)*	1.64 (0.75-3.59)
Hälsolitteracitet		
Bristande	1	1
Problematisk	1.24 (0.53-2.91)	2.00 (0.70-5.69)
Tillräcklig	2.27 (1.03–4.97)*	3.45 (1.30–9.17)*
Utbildning	-	-
År med uppehållstillstånd i Sverige	-	-

^a Ojusterad OR för möjliga förklarande faktorer; ^b Justerad OR med de möjliga förklarande faktorerna: kön, ålder, grupp, hälsolitteracitet, utbildning och antal år med uppehållstillstånd i Sverige inkluderade; 95 % CI = 95 % konfidensintervall; - Ej signifikant; *Statistisk signifikant p-värde <0.05; ** Statistisk signifikant p-värde < 0.01.

Bilaga 3. Resultat från enkätundersökningen - fördjupade analyser.

Tabell 5. Odds kvot (OR) för att ha upplevt att man fick mycket ny kunskap om vad som kan påverka ens hälsa när man deltog i SO.

Möjliga förklarande faktorer	Ojusterad OR ^a (95 % CI)	Justerad modell OR ^b (95 % CI)
Kön	-	-
Ålder	-	-
Grupp	-	-
Hälsolitteracitet		
Bristande	1	1
Problematisk	2.49 (1.02–6.06)*	3.25 (1.19–8.85)*
Tillräcklig	3.70 (1.60–8.55)**	3.89 (1.51–10.01)**
Utbildning	-	-
År med uppehållstillstånd i Sverige		
1 år eller mer	1	1
Kortare än 1 år	2.17 (1.19–3.96)*	2.41 (1.20–4.86)*

^a Ojusterad OR för möjliga förklarande faktorer; ^b Justerad OR med de möjliga förklarande faktorerna: kön, ålder, grupp, hälsolitteracitet, utbildning och antal år med uppehållstillstånd i Sverige inkluderade; 95 % CI = 95 % konfidensintervall; - Ej signifikant; *Statistisk signifikant p-värde <0.05; ** Statistisk signifikant p-värde < 0.01.

Tabell 6. Odds kvot (OR) för att ha upplevt att man fick mycket ny kunskap om vad man själv kan göra för att påverka sin hälsa när man deltog i SO.

Möjliga förklarande faktorer	Ojusterad OR ^a (95 % CI)	Justerad modell OR ^b (95 % CI)
Kön	-	-
Ålder	-	-
Grupp		
Ordinarie SO	1	1
Utökad SO	0.48 (0.25-0.92)*	1.39 (0.64-3.04)
Hälsolitteracitet		
Bristande	1	1
Problematisk	1.51 (0.64-3.58)	2.07 (0.76-5.64)
Tillräcklig	2.59 (1.17–5.75)*	3.32 (1.30–8.53)*
Utbildning	-	-
År med uppehållstillstånd i Sverige		
1 år eller mer	1	1
Kortare än 1 år	2.64 (1.43–4.89)**	2.80 (1.37–5.70)**

^a Ojusterad OR för möjliga förklarande faktorer; ^b Justerad OR med de möjliga förklarande faktorerna: kön, ålder, grupp, hälsolitteracitet, utbildning och antal år med uppehållstillstånd i Sverige inkluderade; 95 % CI = 95 % konfidensintervall; - Ej signifikant; *Statistisk signifikant p-värde <0.05; ** Statistisk signifikant p-värde < 0.01.

Bilaga 3. Resultat från enkätundersökningen - fördjupade analyser.

Tabell 7. Odds kvot (OR) för att man har gjort något för att förbättra sin hälsa på grund av att man deltog i SO.

Möjliga förklarande faktorer	Ojusterad OR ^a (95 % CI)	Justerad modell OR ^b (95 % CI)
Kön	-	-
Ålder	-	-
Grupp		
Ordinarie SO	1	1
Utökad SO	0.48 (0.26-0.89)*	2.18 (1.03-4.61)*
Hälsolitteracitet		
Bristande	1	1
Problematisk	2.97 (1.32-6.67)**	4.52 (1.73-11.84)**
Tillräcklig	3.38 (1.59-7.19)**	4.89 (1.94-12.33)**
Utbildning	-	-
År med uppehållstillstånd i Sverige	-	-

^a Ojusterad OR för möjliga förklarande faktorer; ^b Justerad OR med de möjliga förklarande faktorerna: kön, ålder, grupp, hälsolitteracitet, utbildning och antal år med uppehållstillstånd i Sverige inkluderade; 95 % CI = 95 % konfidensintervall; - Ej signifikant; *Statistisk signifikant p-värde <0.05; ** Statistisk signifikant p-värde < 0.01.