

Enheten för nämndsamordning, Koncernkontoret, Koncernstab hälso- och sjukvård

Västra Götalandsregionen

2019-05-20

Kan Hälsostöd främja en positiv utveckling av psykisk hälsa och hälsolitteracitet hos asylsökande och nyanlända?

Utvärdering av effekter och processer

Författare

Gunilla Priebe

Jesper Löve

Olof Wrede

Junmei Miao Jonasson

Jonas Hermansson

Förord

Nora, 35 år, är från Idlib i Syrien. 2016 kom hon som flykting till Sverige. Relativt snabbt blev hon beviljad tillfälligt uppehållstillstånd och placerad i en mindre kommun i Västra Götaland. Där deltog hon in i Arbetsförmedlingens etableringsprogram och fick viss introduktion till det svenska samhället. Nora deltog även i ett studieförbunds aktivitet där nyanlända kvinnor lagade mat tillsammans.

Våren 2018 startade projektet Hälsa i Sverige i Västra Götalandsregionen. Projektet bestod av Hälsoinformation och Hälsostöd genom gruppträffar. För första gången sedan hon kom till Sverige, fick Nora information om hur hälso- och sjukvården är uppbyggd. Hon fick också lära sig mer om hur hon själv kan förbättra sitt eget fysiska och psykiska mående. Men mår Nora bättre av dessa insatser? Vet hon var hon ska söka vård ifall hon behöver? Vad innebär dessa insatser för deltagarna och för de som ger insatserna?

Många projekt startas för att möta identifierade behov, men ofta saknas systematiska uppföljningar som säkerställer om målsättningar uppnåtts. Göteborgs Universitet fick därför i uppdrag att utvärdera Hälsa i Sverige inom Västra Götalandsregionen, med fokus på insatsernas effekter och genomförandeprocessen. Resultatet presenteras i denna rapport.

/ Styrgruppen för Hälsa i Sverige i VGR, maj 2019.

Styrgruppen har bestått av Staffan Cavefors, Malena Lau, Lina Gustin och Maria Magnusson

.

Innehåll

Sammanfattning	5
Hälsofrämjande insatser för asylsökande och nyanlända	10
Programmet Hälsa i Sverige	10
Hälsofrämjande gruppsamtal: social trygghet för psykisk hälsa	11
Hälsolitteracitet: att förstå och använda kunskap om hälsa	13
Utvärderingens upplägg och metod	15
Uppdragets karaktär och finansiering	15
Forskargrupp	15
Teamledare och Hälsokommunikatörers roll i forskningen.....	15
Syfte och forskningsfrågor.....	16
Studiepopulation och plan för datainsamling.....	17
Kvalitativ intervjustudie av genomförande (process).....	18
Kvantitativ enkätstudie av förändring i psykisk hälsa och hälsolitteracitet (effekt).....	19
Översättning av enkät och informationsmaterial	21
Hälsostödets organisation, idé och innehåll.....	22
Hälsa i Sverige-projektets organisation i VGR.....	22
Hälsostödets syfte och mål.....	23
Hälsostödets föreskrivna upplägg och innehåll	24
Resultat av kvalitativ utvärdering av Hälsostödets genomförande.....	28
Processutvärderingens principer och teman.....	28
Programsammanhang.....	29
Flexibilitet och snabbhet visavi systematik och framförhållning	30
Kompetenser för nya uppdragsområden och yrkesroller	33
Programtrohet och erbjuden programdos.....	37
Balansgång mellan projektets olika syften och mål.....	38
Följsamhet och ambivalens i Hälsokommunikatörsrollen	41

Programmottagande och nöjdhet	45
Strategier för en diversifierad målgrupps mottagande och nöjdhet	46
Följsamhetens gränser: stöd för gränssättning och bearbetning	52
Resultat av kvantitativ utvärdering av Hälsostödets effekter.....	59
Demografi och svarsfrekvens.....	59
Analyser av förändringar i psykisk hälsa.....	60
Förändrad effekt utifrån språkgrupp och asylstatus.....	63
Förändrad effekt utifrån kön	64
Förändrad effekt utifrån ålder	66
Förändrad effekt utifrån tid i Sverige.....	66
Förändrad effekt utifrån utbildningsnivå	67
Generell upplevelse av förändring i hälsa.....	67
Analyser av förändringar i hälsolitteracitet.....	68
Förändring i kunskap om hälso- och sjukvården	68
Förändring i upplevt behov av vård och sökt vård.....	70
Förändring i vart vård sökes.....	72
Förändring i hur vården upplevs	75
Slutsatser och rekommendationer	78
Positiv förändring i psykisk hälsa på helgruppsnivå.....	78
Skillnad i effekt för olika subgrupper	78
Ökad hälsolitteracitet särskilt avseende psykisk hälsa.....	79
Hälsostödets sammanhang av betydelse för effekt	80
Balans mellan olika mål viktigt för effektivitet	80
Följsamhet: förutsättning och utmaning i arbete med diversifierad målgrupp	81
Rekommendationer i sammanfattning	82
Referenser	84

Sammanfattning

Sedan 2015 har Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) genomfört ett omfattande arbete för att identifiera, sprida och stötta implementeringen av metoder som kan stödja en positiv hälsoutveckling hos asylsökande och nyanlända. 2016 beviljade regeringen SKL:s ansökan om att sprida resultaten nationellt under namnet *Programmet Hälsa i Sverige för asylsökande och nyanlända* (HiS). Målen har varit att förbättra landstingens Hälsoundersökningar för asylsökande, öka vårdpersonalens möjlighet att identifiera målgruppens vårdbehov, erbjuda tidiga insatser till målgruppen som kan stärka den psykiska hälsan samt öka målgruppens förutsättningar för återhämtning och etablering i Sverige. I Västra Götalandsregionen (VGR) har HiS spridits utifrån beslut i Hälso- och sjukvårdsstyrelsen (september 2016), där inriktningen specificerades till interventioner som riktar sig till alla asylsökande och nyanlända.

Som en del av HiS-programmet ges Hälsoinformation vid ett tillfälle och Hälsostödet vid fem gruppträffar. Hälsoinformationen omfattar främst information om det svenska hälso- och sjukvårdssystemet, medan Hälsostödet har ett mer långtgående syfte i att ”förstärka en positiv utveckling av den psykiska hälsan genom att ge individen verktyg att hantera lindrig psykisk ohälsa” och ”öka begripligheten över den situation gruppdeltagarna befinner sig i, ge dem redskap att i vardagen hantera vissa svårigheter samt också få kunskap om hjälp som finns att få.” (*Gruppledarguide för Hälsostöd*)

Föreliggande utvärdering, som framförallt fokuserar på Hälsostödet, har genomförts inom ramen för ett samverkansavtal mellan Enheten för nämndsamordning, VGR, och Enheten för socialmedicin och epidemiologi, Institutionen för medicin, Göteborgs universitet. Dess övergripande syfte har varit att studera vilken roll tidiga, hälsofrämjande insatser såsom Hälsostöd kan spela för asylsökande och nyanländas psykiska hälsoutveckling. Det har haft två specifika mål: (a) att utvärdera effekter på psykisk hälsa och hälsolitteracitet före- och efter deltagande i HiS-programmets Hälsostöd, samt (b) att utvärdera deltagarnas egen upplevelse av Hälsoinformationens och Hälsostödet genomförande och godtagbarhet.

Utvärderingen visar på en positiv association mellan deltagande i Hälsostöd och förbättring av nyanländas psykiska hälsa och hälsolitteracitet. Om utveckling av nedanstående rekommendationer sker bedömer forskargruppen att denna kan öka ytterligare. Sammanfattningsvis rekommenderas därför att:

- satsningen på Hälsostöd fortsätter då den kan anses vara positiv både på individ- och samhällsnivå, för mottagande och integration av asylsökande och nyanlända. Specifikt kan Hälsostöd erbjudas som en dokumenterat fungerande åtgärd för att främja nyanländas psykiska hälsa och hälsolitteracitet.

- man överväger om gruppen asylsökande ska erbjudas mer eller annan hjälp. Innehållet och deltagandet i Hälsostöd kan enligt föreliggande utvärdering inte fullt ut hjälpa personer i den mycket påfrestande och utdragna asylprocessen.
- åtgärder vidtas för att klargöra prioriteringar mellan uppdragets målsättningar och medel för att nå dessa.
- ökade resurser och fokus läggs på att stärka stödjande kultur med syfte att öka projektets effektivitet liksom att motverka hälsorisker för teamledare och Hälsokommunikatörer.

Metodologiskt har studien delats upp i en kvantitativ och en kvalitativ del, där den kvalitativa studien har fokuserat på själva genomförandet av interventionen liksom om deltagarna upplevt att Hälsostödets form och innehåll har fungerat bra. Den kvantitativa studiedelen är en longitudinell kohortstudie med mätning vid tre tillfällen. Status och förändring för psykisk hälsa har mätts med hjälp av det validerade frågeinstrumentet *General Health Questionnaire - 12* (GHQ12), medan hälsolitteracitet har mätts med specifika frågor om kunskap om hälsa och hälso- och sjukvården, vårdbehov, vårdsökningsmönster och upplevelse av vård. Enkätfrågorna om hälsolitteracitet har hämtats ifrån tidigare forskning, men har modifierats något för att passa målgrupp och frågeställningar.

Utvärderingen, med kvantitativa mätningar före och efter Hälsostödet, visar att hela gruppen Hälsostödsdeltagare associeras med minskande psykisk ohälsa. En betydande andel av deltagarna underskrider, efter genomgången Hälsostöd, den kliniska gränsen för behov av ytterligare utredning. Förbättringen är generell, men ses mätt i andelar som högst för subgruppen med lägst utbildning liksom för subgruppen de som har varit i landet 1-2 år. Detta är av betydelse då förbättring, och även stabilisering, av den psykiska hälsan i det första skedet efter ankomst till ett nytt land är betydande för flyktingars framtida hälsa och möjlighet till integration i det nya landet.

En framgångsfaktor för dessa positiva effekter bedöms vara det sätt, på vilket Hälsokommunikatörerna har lett Hälsostöden samt de psykologiskt gynnsamma grupprocesser, som även tidigare forskning har visat att Hälsostödsliknande grupper skapar. Resultaten från den kvalitativa processutvärderingen indikerar dock att projektet har brottats med en del uppstartsproblem, som kan ha påverkat effekten av Hälsostödet (se vidare nedan).

Den grupp som generellt uppvisar en mindre förbättring efter genomgången Hälsostöd är asylsökande (jämfört med deltagare som har uppehållstillstånd). Asylsökande ligger även efter Hälsostöd en bra bit över det gränsvärde, som indikerar behov av fortsatt utredning för psykisk ohälsa. Detta bekräftas i de kvalitativa intervjuerna, det vill säga att Hälsostödet inte är tillräckligt för att lindra de symtom på psykisk ohälsa som asylsökande efter en tid i Sverige uppvisar. Utvärderingen rekommenderar därför:

1. att HiS-programmet inkluderar en särskild vidareutbildning för hälso- och sjukvårdspersonal avseende hur ”vård som inte kan anstå” kan bedömas för asylsökandes psykiska hälsa.
2. att HiS-programmet utvecklar systematik och rutiner för hur målgruppsmedlemmar med svårare psykisk ohälsa ska identifieras och hänvisas vidare till adekvata vårdinstanser.

Utvärderingen visar även att tid i landet har betydelse för den psykiska hälsan liksom Hälsostödets effekt. Den enda subgrupp som före Hälsostödet inte ligger över gränsvärdet för behov av vidare utredning är de som har vistats i Sverige <1 år. De som mår sämst före Hälsostödet är de som har varit här i 1-2 år, men samtliga dessa subgrupper visar på god effekt av Hälsostödet. Utvärderingen rekommenderar:

3. att vikten av tidiga insatser för att förebygga den svårare psykiska ohälsa, som ses efter 1-2 år i Sverige, beaktas vid planering för fortsatta insatser inom HiS-programmets tematik.

För hela gruppen Hälsostödsdeltagare associeras Hälsostöd med ökad hälsolitteracitet, framförallt med avseende på symtom och stigma kring psykisk ohälsa liksom var man söker vård för sådana problem. Då de flesta Hälsostödsdeltagare närvarat vid Hälsoinformation (ett tillfälle) innan vid baslinjemätningen indikerar förändringen även att det enda Hälsoinformationstillfället behöver utökas med ytterligare ett tillfälle då utrymme för frågor och fördjupade diskussioner finns. Utvärderingen rekommenderar därför att:

4. att Hälsoinformation, vid en eventuell framtida integrering i ordinarie verksamheter, ges vid två tillfällen tidigt i asylprocessen, för att sedan följas upp med fem Hälsostödsträffar efter till exempel sex månader.

Utvärderingen ger ett visst stöd för att Hälsostöd kan påverka deltagarnas vårdsökningsmönster, då en högre andel efter Hälsostödet valde att söka vård på Vårdcentral/1177 jämfört med akutmottagning/ambulans förändrats. Minst förändring ses för asylsökande, vilket är förväntat på grund av begränsningar i vårdtillgänglighet för dem. Utvärderingen rekommenderar därför:

5. att HiS-programmets innehåll och upplägg analyseras i förhållande till vilka *strukturella insatser* för hälsolitteracitet som har gjorts, till exempel avseende beställarorganisationens precisering av uppdrag till primärvården vad gäller asylsökandes rätt till vård liksom vårdpersonalens kunskap om migrationens hälsoeffekter.

Den kvalitativa utvärderingsdelen indikerar, sammanfattningsvis, att effekten av Hälsostödet kan öka dels om (a) en mer stöttande organisation skapas runt projektet och de team som arbetar med Hälsostödet, och (b) om yrkesrollen Hälsokommunikatör stärks genom tydligare introduktion, fortbildning och handledning.

Som en del av processutvärderingen har projektets sammanhang analyserats. Här visar utvärderingen att genomgripande händelser i omvärlden, så som Migrationsverkets långa handläggningstider, migrationspolitik liksom VGR:s beredskap för snabba insatser har varit en utmaning för Hälsoinformationens och Hälsostödet genomförande. Vi bedömer att dessa faktorer har bidragit till en organisatorisk stress som skulle kunna ha minskats med ett utökat organisatoriskt stöd, inklusive ledningsstöd, och modifierade kvantitativa produktionsmål. De kvalitativa intervjuerna visar att den flexibilitet och snabbhet, som av till exempel SKL beskrivits som en framgångsfaktor, har inneburit stora utmaningar för de som har stått närmast det praktiska arbetet i projektet. Utvärderingen rekommenderar därför:

6. att riskanalysen i högre grad länkar samman det omgivande samhällets behov av flexibilitet och snabbhet, med vad detta innebär för de som praktiskt ska arbeta i ett projekt.
7. att arbetsmiljö – både psykosocial och annan – ges särskild uppmärksamhet i innovativa projekt.
8. att projekt som är innovativa och omfattar många osäkerhetsfaktorer ges extra organisatoriskt stöd (inklusive utökat ledningsstöd) och lägre produktionskrav.
9. att projektplaner och liknande i innovativa projekt i högre grad fungerar som ”levande dokument”, det vill säga att tids- och aktivitetsplan samt rollbeskrivningar återkommande diskuteras och uppdateras, med utgångspunkt i att sådana projekts uppstartsperiod bör betraktas som en lärprocess.

Då arbetet med processutvärderingen har riktats mot teman som programtrohet har det framgått att Hälsostödssteamerna arbetar med utgångspunkt i den Gruppledarguide, som baseras på SKL:s HiS-material men att dess betoning på olika mål skiljer sig något åt ifrån formuleringar i VGR:s projektdirektiv och projektplan. Utvärderingen tolkar detta som en möjlig orsak till skillnader i tolkningar av projektets målsättningar, både horisontellt (mellan olika team) och vertikalt (mellan olika nivåer i projektorganisationen).

Utvärderingen rekommenderar därför:

10. att projektorganisationen preciserar målsättningar, tydliggör hur olika målsättningar bäst uppnås, om vissa målsättningar är högre prioriterade än andra samt vilken evidensgrund olika metoder och mål baseras på.

Tidigare forskning visar att ett hälsofrämjande gruppsamtal, en avgörande komponent för Hälsostödetts effekt, är beroende av gruppledarens förmåga att leda en grupp och att anpassa dess innehåll efter respektive (Hälsostöds)grupps behov. Utvärderingen rekommenderar därför:

11. att Hälsokommunikatörernas yrkesrollsbeskrivning förtydligas, att en systematisk plan för fortbildning liksom utveckling av Hälsostödsaterialet skapas, i syfte att stärka Hälsokommunikatören i rollen som ledare för ett målgruppsanpassat, kultursensitivt och hälsofrämjande gruppsamtal med en diversifierad målgrupp.

Den kvalitativa processutvärderingen har även analyserat målgruppens möjlighet att ta emot HiS-programmet. Studiet av Hälsostödssteamens arbete för detta indikerar att projektets pilot-karaktär, den diversifierade målgruppen och det stora upptagningsområdet har inneburit en utmaning för teamens rekryteringsarbete. Då både de vårdorganisationer (SFI, Integrationscentrum med flera), där Hälsoinformation och Hälsostöd genomförs, och Hälsostödsdeltagarna har så inbördes olika karaktär uppfattar utvärderingen att projektets syfte, form och mål ställer mycket höga krav på teamens förmåga till anpassning. Utvärderingen rekommenderar därför:

12. att projektorganisationen arbetar mer systematiskt för att stödja och vägleda teamen i rekryteringsarbete
13. att projektorganisationen (till exempel tillsammans med kommunrepresentanter) kartlägger vilka i målgruppen som finns inom ett specifikt geografiskt område/värd-verksamhet och utifrån det förbereder ett relevant upplägg för specifika Hälsostödsgrupper

Utvärderingen visar också på ett behov av att stärka den stödjande kulturen i arbetsgruppen, bland annat att Hälsokommunikatörernas uppdrag är mycket komplext i förhållande till deras arbetslivserfarenhet på den svenska arbetsmarknaden. Hälsokommunikatörernas egna erfarenheter, dramatiska skeenden i omvärlden liksom mötet med en målgrupp med unga erfarenheter och ofta höga symptomtryck (särskilt i början av Hälsostödet) utgör tillsammans en ackumulerande hälsorisk för Hälsokommunikatörerna. Utvärderingen rekommenderar därför:

14. att projektorganisationen formulerar ett utökat och mer genomarbetat handledarstöd för Hälsokommunikatörerna, så att detta motsvarar andra liknande yrkesgrupps handledningsstöd,
15. att en omvärldsanalys rutinmässigt vägs in i VGR-projekts Riskanalys för projekt.

Hälsofrämjande insatser för asylsökande och nyanlända

Programmet Hälsa i Sverige

Sedan 2015 har Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) genomfört ett omfattande arbete för att identifiera, sprida och stötta implementeringen av metoder som kan stödja en positiv hälsoutveckling hos asylsökande och nyanlända. Bakgrunden är att en betydande andel flyktingar lider av psykisk ohälsa, till exempel beräknas mellan 20-30 procent av de som kommer till Sverige ha symptom på depression, ångest och/eller Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) (Tinghög m.fl. 2016). SKL genomförde därför 2015 en förstudie för att identifiera hälsofrämjande metoder inom området och 2016 beviljade regeringen SKL:s ansökan om att sprida resultaten nationellt. Sedan dess har projektkansliet Uppdrag Psykisk Hälsa gjort så, under namnet Programmet Hälsa i Sverige för asylsökande och nyanlända (HiS), med målen att:

- kvalitetsförbättra landstingens Hälsoundersökningar för asylsökande
- öka vårdpersonalens möjlighet att identifiera målgruppens vårdbehov
- erbjuda tidiga insatser till målgruppen som kan stärka den psykiska hälsan
- öka målgruppens förutsättningar för återhämtning och etablering i Sverige (SKL 2017)

I Västra Götalandsregionen (VGR) har HiS spridits utifrån beslut i Hälsö-och sjukvårdsstyrelsen (september 2016), där inriktningen specificerades till interventioner som riktar sig till alla asylsökande och nyanlända. Den del av HiS som den här utvärderingen fokuserar på, nämligen de gruppträffar som kallas Hälsöinformation och Hälsostöd, riktas inte mot hälso- och sjukvården eller personer med svårare psykiatriska problem. Istället handlar Hälsostödssatsningen om att genom tidiga interventioner främja en större del av flyktinggruppens positiva hälsoutveckling. Primärt fokus är depressiva och ångestrelaterade symptom, medan allvarigare problematik såsom PTSD, dissociation (svårighet med verklighetsanknytningen) och suicidiet ska hänvisas till andra adekvata vårdinstanser.

Hälsöinformation, som är en del av HiS-programmet, ges vid ett tillfälle, medan Hälsostödet består av fem gruppträffar på ca två timmar. Båda leds av en Hälsökommunikatörer, som själva har erfarenhet av att vara flykting och som talar respektive modersmål. Hälsostödets specifika syfte är att ”förstärka en positiv utveckling av den psykiska hälsan genom att ge individen verktyg att hantera lindrig psykisk ohälsa” och ”öka begripligheten över den situation gruppdeltagarna befinner sig i, ge dem redskap att i vardagen hantera vissa svårigheter samt också få kunskap om hjälp som finns att få.” (*Gruppledarguide för Hälsostöd*) Hälsostödets gruppträffar innehåller en del information, men är framförallt formulerade så att de ska uppmuntra samtal om teman som till exempel

”känslor av sorg och skuld”, ”levnadsvanor som påverkar hälsan”, ”stress, sömn, rökning, alkohol och narkotika”, ”återhämtning”, ”att hitta mening och mål, ”mat och fysisk aktivitet”, ”hälso-och sjukvårdens resurser och roll” (*Gruppledarguide för Hälso- och sjukvård*). Dessutom ingår avslappningsövningar i träffarna och diskussioner kring fallbeskrivning där symptom på psykisk ohälsa beskrivs.

Hälsofrämjande gruppsamtal: social trygghet för psykisk hälsa

Psykisk hälsa är ett av de folkhälsoproblem där etiologin på ett mycket tydligt sätt inbegriper såväl biologiska som psykologiska och sociala faktorer. Att ett stort antal studier visar att många flyktingar, som utsatts för den stress som en påtvingad migration innebär, lider av psykisk ohälsa är därför inte överraskande. Potentiellt traumatiserande upplevelser kan vara kopplade till vissa eller alla delar av flyktingprocessen, det vill säga till de situationer som föranledde flykten, upplevelser under själva flykten liksom till svårigheter under och efter asylprocessen i det nya hemlandet. Betydelsen av dessa upplevelser påverkas av individspecifika såväl som sociala faktorer som genus, födelseland, inkomstnivå och så vidare och orsaksförklaringarna till en eventuell ohälsa är därmed mångfacetterade och i hög grad varierande inom gruppen flyktingar (Llacer m.fl. 2007; Murray m.fl. 2010; Nickerson m.fl. 2011; Ingleby 2012; Hollander 2013). Orsak och svårighetsgrad varierar, men de symtombilder som anknyter till diagnoserna depression, ångest och sömnstörningar liksom post-traumatiskt stressyndrom (PTSD) är vanligare bland flyktingar än inhemsk befolkning (Bogic m.fl. 2015).

Då flyktingar dessutom ofta har mer begränsade resurser för återhämtning är behovet av särskilda insatser för att stödja gruppen tydligt (Fazel m.fl. 2005; Norredam m.fl. 2009; Tinghög m.fl. 2009; Sigvardsdotter m.fl. 2016). Insatser för att lindra och förebygga migrationsrelaterad psykisk ohälsa kan omfatta medicinsk behandling och olika terapeutiska metoder, men även den sortens hälsofrämjande metoder med salutogena utgångspunkter som är i fokus för föreliggande projekt. Antonovskys teori om vikten av en ”känsla av sammanhang” (KASAM) är ofta utgångspunkten för metoder som syftar till att ”ge individen verktyg att hantera lindrig psykisk ohälsa” (*Gruppledarguide för Hälso- och sjukvård*), snarare än bota psykiatriska sjukdomstillstånd.

Utgångspunkten för KASAM är att människor har större möjlighet att bibehålla eller återhämta en god hälsa om de känner sig delaktiga i ett förståeligt, strukturerat och någorlunda förutsägbart sammanhang. Begreppen begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet är centrala för teorin, och de hänger samman sinsemellan genom att begriplighet (att individen förstår sig själv i sitt sammanhang) är avgörande för hanterbarhet (att individen kan bedöma, hantera och kontrollera sin situation), vilka sammantaget är viktiga förutsättningar för meningsfullhet (Antonovsky 1991; Eriksson & Lindström 2006).

Hälsopromotion, av WHO definierat som en process som möjliggör för människor att öka kontrollen över och att förbättra sin hälsa (The Ottawa Charter for Health Promotion, 1986) är ett akademiskt fält som bland annat inbegriper metoder som har utvecklats i förhållande till Antonovskys teori. HiS-programmet utgår ifrån dessa ansatser i och med att både Hälsoinformation och Hälsostöd syftar till att främja asylsökandes och nyanländas psykiska hälsa genom ökad egen kapacitet att hantera psykisk o-/hälsa, egenvård och det nya hemlandets organisering av hälso- och sjukvård.

Forskning och kliniska erfarenheter visar att, trots den allvarliga situation som flyktingar befinner sig i, kan flera åtgärder stabilisera och i många fall förbättra gruppens psykiska hälsa (se till exempel Varvin 2003). Pedagogiska insatser för kunskap om psykisk ohälsa, så kallad psykoedukation, samt sådana gynnsamma grupprocesser som man försöker skapa i grupperterapi, är två typer av insatser som ofta lyfts fram. Gruppbehandling med traumatiserade personer kan bedrivas på olika nivåer. En sammanställning över etablerade gruppbehandlingar fann tre olika typer, där det primära syftet med behandlingen var det skiljde dem åt (Bunn m.fl. 2016). Dessa tre gruppbehandlingar var stödjande gruppbehandling, steg ett-interventioner samt steg två-interventioner.

Stödjande gruppbehandling och steg ett-interventioner påminner om beskrivningen av innehållet i Hälsostödet. I dessa behandlingar fokuserar man i huvudsak på stabiliserande åtgärder såsom att under behandlingen skapa ett socialt utrymme där deltagarna känner trygghet och får möjlighet att upprätta nya sociala kontakter. Grupper har alltså den kliniska potentialen att bryta den isolering som trauman kan skapa för en individ. Grupper med steg ett-interventioner fokuserar däremot i huvudsak på psykoedukativa åtgärder såsom stresshantering, kunskap om ofta förekommande symtom efter trauma samt reglering av känslor. Grupper med steg två-interventioner, den sista kategorin, är istället längre pågående behandlingar centrerade kring exponering och bearbetning av traumatiska minnen (ibid). Sådana långsiktiga processer är bortom ambitionerna för Hälsostödet, som istället ska fokusera på lindrigare psykiska besvär. Om grupprocesser kan bidra till att tilliten ökar kan relationer utanför terapirummet, de långsiktigt mest centrala relationerna i flyktingarnas liv, förhoppningsvis också förbättras.

Utöver goda relationer och närhet till familj har ett välfungerande socialt nätverk visat sig vara skyddande faktorer med starkt samband kopplat till psykisk hälsa bland gruppen flyktingar (Tinghög m.fl. 2016). Vidare har forskare och kliniker identifierat processen mot re-integrering i samhället, alltså till en för hälsan gynnsam situation i bred mening, vara en av de viktigaste processerna för traumatiserade flyktingar. Här handlar det om att återupprätta en god plats i samhället, som i de flesta fall var verklighet för nyanlända innan deras livsomständigheter raserades. Interventioner med inriktning på psykologisk och social integrering i samhället utgör således en nyckelprocess för nyanlända (Varvin 2003). Innehållet i Hälsostödet är i linje med gruppterapiers syfte att främja dessa grundläggande mekanismer – interpersonell tillit och samhällelig integrering – bakom psykisk hälsa hos flyktingar.

Hälsolitteracitet: att förstå och använda kunskap om hälsa

Kopplingen mellan Antonovskys teorier, hälsopromotionsfältet och HiS-programmet ses också i den hälsofrämjande utbildningsaspekt som Hälsoinformation och Hälsostöd har. Detta fångas och beskrivs i begreppet hälsolitteracitet, vilket definieras som de ”kognitiva och sociala färdigheter som bestämmer motivationen och förmågan för individer att få tillgång till, förstå och använda information på ett sätt som främjar och bibehåller god hälsa” (Kickbush & Nutbeam 1998, vår översättning). Här har flera studier visat att hälsolitteracitet är en viktig komponent för KASAM, just för att kunskap om den egna hälsan och hälso- och sjukvårdssystemet är en förutsättning för både begriplighet och självständigt agerande inom dessa sfärer (Mårtensson & Hensing 2012).

I WHO-rapporten *Health literacy – the solid facts* (2013), där data från åtta europeiska länder redovisas, drogs dock slutsatsen att fördelningen av hälsolitteracitet är ojämlik och att i synnerhet immigranter uppvisade låga nivåer av hälsolitteracitet (Jorm m.fl. 1997; Azerkan m.fl. 2012; Kickbush m.fl. 2013; Wångdahl m.fl. 2015). Den bilden bekräftas i en nyligen publicerad VGR-rapport där det konstateras att asylsökande i något högre grad än infödd befolkning söker vård på akutmottagningar, men att asylsökandes vårdbehov totalt sett inte tillfredsställs – i synnerhet inte gällande psykisk ohälsa (VGR 2017).

Hälsolitteracitet är ett begrepp som fångar förmågan att ta till sig, förstå och använda hälsoinformation på ett sätt som främjar och bibehåller god hälsa. Längre hade begreppet ett tydligt fokus på den enskilda människan och hans förmåga att göra positiva val. Det kunde till exempel gälla hälsorelaterat beteende som kost och motion, men även gällande förståelse och tolkning av specifika symptom, hälso- och sjukvårdssökande och följsamhet i läkemedelsbehandling. Detta synsätt har kritiserats, främst av två skäl. Dels är idén att människors beteende förändras enbart på grund av ökad kunskap alltför förenklad med tanke på hur komplexa de processer, som påverkar människors handlande, är. Dels visar forskningen om hälsolitteracitet att även miljömässiga strukturella faktorer (exempelvis utformning av hälso- och sjukvården, mediabilder, sociala sammanhang) som påverkar människors handlande (Röthlin m.fl. 2013; Sörensen m.fl. 2013).

När hälsolitteracitet studeras inom folkhälsovetenskapen betonas dock interaktionen mellan individens kunnande och utformningen av till exempel hälsosystem (Sörensen m.fl. 2012). Där betonas att människors egna val interagerar med strukturella faktorer, som antingen begränsar eller förstärker vissa beteenden. Människors hälsoutfall ses då som en produkt av ens möjligheter (till exempel sociala, ekonomiska och kulturella) och de val en gör i relation till dessa möjligheter (Weaver m.fl. 2014). Mot denna bakgrund har exempelvis personer med en högre utbildning både bättre möjligheter till adekvat vårdsökande och hälsosamma val då de ofta har en bättre kunskap om hälsa och sjukvården och en socialiserad drivkraft (till exempel vänner och kollegor) till att göra hälsosamma val. Med en sådan utgångspunkt ska insatser för att främja hälsolitteracitet inte enbart

fokusera på utbildning och information till enskilda människor och grupper. De bör också kompletteras med ett fokus på sociala bestämningsfaktorer för hälsan, till exempel på hur utformning av hälso- och sjukvården kan modifieras för att minska hälsoskillnader (Greenhalgh 2015).

Med utgångspunkt i ett folkhälsovetenskapligt perspektiv är det alltså inte bara människor och potentiella patienter som behöver lära sig hur hälso- och sjukvårdssystemet fungerar, utan även (och kanske framförallt) hälso- och sjukvårdssystemet som måste utformas på ett sätt som möjliggör likvärdig vård för olika grupper. I det övergripande HiS-programmet märks denna ambition, i och med att det i sin helhet omfattar både individriktade insatser och utveckling av hälso- och sjukvårdens kompetens och kapacitet att möta asylsökande och nyanlända, men i den här utvärderingen fokuserar vi framförallt på de insatser som riktas till asylsökande och nyanlända.

Även om gruppen flyktingar är ytterst heterogen och det finns en stor brist på hälsolitteracitetsstudier, som fokuserar på den gruppen, så finns flera indikationer som pekar mot att den generellt kan ha en särskilt låg hälsolitteracitet (Wångdahl m.fl. 2014). Det kan leda till att behoven av till exempel hälso- och sjukvård inte möts på samma sätt som hos andra grupper i befolkningen. Tidigare svenska studier har därför poängterat vikten av insatser för att höja hälsolitteraciteten i denna grupp (ibid.; Kalengayi m.fl. 2012). I en sådan studie uppgav till exempel cirka 40% av deltagarna att det var svårt eller mycket svårt att veta var man skulle vända sig vid behov av hälso- och sjukvård. När det gällde kunskapen av vart man skulle vända sig med psykiska besvär uppgav nästan 60% svårigheter (Wångdahl & Al-Adhami 2017). Andra studier har visat att många söker vård på fel vårdinstans på grund av språkbarriärer liksom bristande kunskaper om det svenska hälso- och sjukvårdssystemet (Hultsjö & Hjelm 2005; Bradby m.fl. 2015).

Forskning har alltså visat att ökad kunskap om den egna hälsan och det omgivande samhället (till exempel hälso- och sjukvårdssystemet) kan främja människors känsla av sammanhang och tillvarons meningsfullhet och därmed deras psykiska hälsa. I utvärderingen undersöker vi om just Hälsoinformation och Hälsostöd, så som det har genomförts i VGR, har haft sådana effekter på de som har deltagit i interventionerna och den här studien.

Utvärderingens upplägg och metod

Uppdragets karaktär och finansiering

Utvärderingen har genomförts inom ramen för ett samverkansavtal mellan Enheten för nämndsamordning, Koncernkontoret, Koncernstab hälso- och sjukvård, Västra Götalandsregionen och Enheten för socialmedicin och epidemiologi, Institutionen för medicin, Göteborgs universitet. Utvärderingen har i huvudsak bekostats med ”bidragsmedel inom VGR, VG-intäkt eller regionala FOU-medel”, men delar av forskargruppens arbetstid har även finansierats av FoUU Angereds Närsjukhus liksom Enheten för socialmedicin och epidemiologi, Institutionen för medicin, Göteborgs universitet.

Forskargrupp

Projektledare

Gunilla Priebe, Fil.dr., Leg. sjuksköterska, Institutionen för medicin, Göteborgs universitet

Medverkande forskare

Jesper Löve, MD, Institutionen för medicin, Göteborgs universitet

Jonas Hermansson, Fil.dr., forskningschef FoUU Angereds Närsjukhus, Västra Götalandsregionen

Junmei Miao Jonasson, MD, Institutionen för medicin, Göteborgs universitet

Olof Wrede, Fil.dr., Leg. psykolog, Kris- och traumamottagningen i Göteborg, Västra Götalandsregionen

Teamledare och Hälsokommunikatörers roll i forskningen

Förutom forskargruppen har Hälsostödsteamet, det vill säga teamledare och Hälsokommunikatörer, deltagit i studiens utveckling och genomförande på flera sätt. Tillsammans med forskargruppen har de, innan rekrytering till studien startade, bidragit med tankar om forskningsetiska hänsyn, förslag på rekryteringsstrategier, informationsmaterialets och samtyckesblankettens utformning, liksom med synpunkter på översättningar av mätinstrument och bakgrundsfrågors formulering (för att säkerställa att dessa fångar flyktingars situation och tolkningsramar). De har sedan (i början tillsammans med en forskare och sedan enskilt) informerat Hälsostödsdeltagare om studien, om

frivillighet och säkerhet samt administrerat samtyckesblanketter och enkäter till Hälsostödsdeltagarna (se vidare under *Översättning av enkät och informationsmaterial* samt *Studiepopulation och plan för datainsamling*).

Syfte och forskningsfrågor

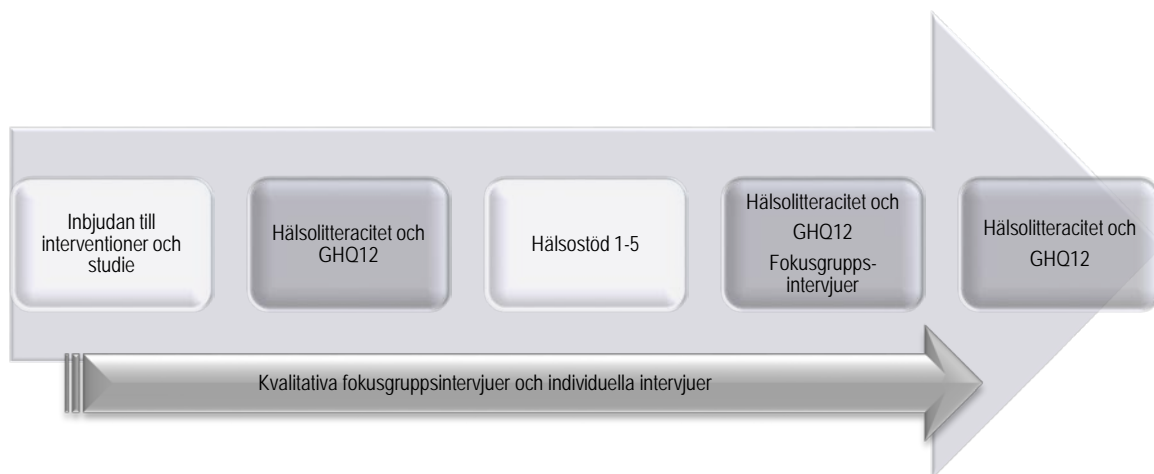
Även om HiS-programmet i sin helhet hanterar både samhälleliga och individuella faktorer, som kan påverka hälsoutvecklingen hos asylsökande och nyanlända, är den här utvärderingen avgränsad till att analysera Hälsostödet och i viss mån även Hälsoinformationen, eftersom denna föregår Hälsostödsträffarna.

Utvärderingsprojektets övergripande syfte har varit att studera vilken roll tidiga, hälsofrämjande insatser såsom Hälsostöd kan spela för asylsökande och nyanländas psykiska hälsoutveckling. Det har två specifika mål: (a) att utvärdera effekter på psykisk hälsa och hälsolitteracitet före-och-efter deltagande i HiS-programmets Hälsostöd, samt (b) att utvärdera deltagarnas egen upplevelse av Hälsoinformationens och Hälsostödets genomförande och godtagbarhet. Fyra hypoteser (1-4) har testats i studien och två kvalitativa forskningsfrågor (5-6) har besvarats:

1. Deltagande i Hälsoinformation och Hälsostöd påverkar deltagarnas psykiska hälsa på ett positivt sätt
2. Deltagande i Hälsoinformation och Hälsostöd påverkar deltagarnas hälsolitteracitet på ett positivt sätt
3. Deltagarna upplever att deltagande i Hälsoinformation och Hälsostöd påverkat deras psykiska hälsa på ett positivt sätt
4. Deltagarna upplever att deltagande i Hälsoinformation och Hälsostöd påverkat deras hälsolitteracitet på ett positivt sätt
5. Vilka utmaningar och framgångsfaktorer i Hälsoinformationens respektive Hälsostödets innehåll och upplägg beskriver deltagarna? Vilken betydelse upplever de att innehåll och upplägg har haft för deras välmående och möjlighet att identifiera och hantera eventuellt symptom på ohälsa?
6. Hur möter de universellt formulerade interventionerna Hälsoinformation respektive Hälsostöd målgruppens diversifierade bakgrund, behov och hälsostatus? Vilka områden för utveckling kan identifieras och vilka aspekter fungerar väl, för de olika deltagande flyktinggrupperna?

Studiepopulation och plan för datainsamling

Metodologiskt har studien delats upp i två huvuddelar: en kvantitativ och en kvalitativ del. Den kvalitativa studien har fokuserat på själva genomförandet av interventionen liksom om deltagarna upplevt att Hälsostödets form och innehåll har fungerat bra. Den kvantitativa studiedelen är en longitudinell kohortstudie med mätning före och efter Hälsostödet. Denna studiedesign valdes för att möjliggöra mätning av förändring i deltagarnas psykiska hälsa och hälsolitteracitet. Mätningen har skett vid tre tillfällen: (1) före första Hälsostödsträffen, (2) direkt efter sista Hälsostödsträffen, och (3) två månader efter sista Hälsostödsträffen.



Inom gruppen asylsökande fanns i maj (2017) 16 043 personer inskrivna på migrationsverket VGR, av vilka 4 938 är kvinnor och 11 105 är män. Dessa kommer framförallt ifrån Afghanistan, Iran, Syrien, Somalia, Etiopien, Ryssland och Georgien. Målet för VGR var att 4 000 asylsökande och nyanlända skulle ha deltagit i interventionen vid utgången av 2018. Ur denna grupp var målet att rekrytera totalt 301 deltagare till den kvantitativa studien, samt minst 35 Hälsostödsdeltagare och samtliga projektmedarbetare till den kvalitativa delstudien. I båda fallen har rekryteringsmålen uppnåtts (se vidare nedan). Exklusionskriterium har varit, för båda studiedelarna, känd svår psykisk ohälsa och inklusionskriterium har varit deltagande i Hälsostöd.

Studiedeltagarna rekryterades med hjälp av särskilt utbildade Hälsokommunikatörer och urvalet utgick ifrån det frivilliga deltagandet i HiS-programmets Hälsoinformation och Hälsostöd. Hälsostödsteamens inbjudan till Hälsoinformation har gått till så att de har besökt asylboende, någon av kommunens eller civilsamhällets fysiska mötesplatser för flyktingar eller kurser i svenska för invandrare (SFI). En Hälsokommunikatör har i samband med Hälsoinformationen informerat om Hälsostödet och då samtidigt berättat att interventionen utvärderas. Hälsokommunikatören har gett kortfattad muntlig information om studien och möjligheten att delta, samt delat ut skriftlig information med en utökad information om studien, dess syfte, regelverk kring sekretess, frivillighet i deltagande och så vidare samt kontaktuppgifter till projektledare (översatt till respektive hemspråk).

De som önskade delta i studien bjöds in att komma till Hälsostödet två timmar innan interventionen startade. Under samlingen gavs ytterligare information om studien, om principerna för hur man svarar på en enkät, sekretess, frivillighet, att deltagande kan avbrytas närsomhelst utan motivering, att deltagande i Hälsostödet inte avgjordes av deltagande i studien och så vidare.

De som, efter informationen, valde att delta fick skriva på en handling om informerat samtycke (på svenska samt översatt till respektive hemspråk) där de noterade om de ville delta i båda studiedelarna (enkät- respektive intervjustudie) eller endast den ena. De hade sedan ca en timme på sig att svara på enkäten (som fanns översatt till deras hemspråk) med fokus på häslitteracitet och psykisk hälsa. När studiedeltagare med låg utbildningsnivå har velat delta i studien har Hälsokommunikatören gått igenom enkätfrågorna och svarsalternativen, en i taget (powerpoint), med hela gruppen. Respektive deltagare har sedan, en fråga i taget, kryssat i valfritt svarsalternativ. Direkt efter sista Hälsostödstillfället liksom 2 månader efter denna erbjöds deltagarna återigen att besvara enkäten med fokus på både häslitteracitet och psykisk ohälsa, vilket beräknades ta ca en timme per tillfälle. I samband med det sista Hälsostödstillfället genomfördes även, av en forskare och en auktoriserad tolk, fokusgruppsintervjuerna med Hälsostödsdeltagarna. Övriga fokusgrupps- och individuella intervjuer har genomförts av en-två forskare vid tillfällena då de olika projektmedarbetarna har haft möjlighet att avsätta tid för detta (Barbour & Kitzinger, 2001).

Kvalitativ intervjustudie av genomförande (process)

De kvalitativa fokusgruppsintervjuerna och individuella intervjuerna har genomförts fortlöpande under hela utvärderingsarbetet. Först genomfördes nio fokusgruppsintervjuer med sammanlagt 55 Hälsostödsdeltagare. I nästa fas genomfördes sex fokusgruppsintervjuer med 17 (av 19) projektmedarbetare (med projektmedarbetare avses enhetschef, tidigare och nuvarande projektledare, teamledare och Hälsokommunikatörer). Efter det har 18 individuella intervjuer genomförts med projektmedarbetare. De Hälsokommunikatörer som har börjat arbeta i teamen efter det att utvärderingsarbetet påbörjades har inte intervjuats. För att nå en så rik data som möjligt har bredd i rekryteringen till fokusgruppsintervjuerna med Hälsostödsdeltagare. Dessa rekryterades därför från samtliga team och variation uppnåddes även vad gäller typ av boende, tid i Sverige, ålder, kön, utbildningsnivå och födelseland (strategiskt, iterativt urval).

Samtliga kvalitativa intervjuer har utgått ifrån en strukturerad intervjuguide, som baseras på Steckler & Linnans modell för processutvärdering så som den beskrivs i Saunders m.fl. (2005) samt Thorogood & Coombes (2010), (se vidare i *Resultat av kvalitativ utvärdering av Hälsostödets genomförande*). Alla fokusgruppsintervjuer utom en (på grund av att deltagarna föredrog att anteckningar togs) har spelats in och transkriberats ordagrant. En del har genomförts på svenska, andra på engelska. Samtliga intervjuer anges dock, av

anonymitetsskäl, på svenska. Intervjucitat från fokusgruppsintervjuer med Hälsostödsdeltagarna anges med slumpvisa identitetsnummer (specificerat i analysdokumentet), medan intervjucitat från projektmedarbetarna anges utan någon sådan hänvisning. Det senare för att antalet projektmedarbetare är så pass få att citat då skulle kunna grupperas och eventuellt härledas till specifika projektmedarbetare.

De kvalitativa intervjuerna har genomförts av tre olika forskare, medan den kvalitativa analysen har genomförts av två forskare som har arbetat växelvis självständigt och jämförande (tillsammans) med materialet och analysen, det vill säga så kallad peer-check har tillämpats för att kvalitetssäkra analysfasen. Intervjuerna med Hälsostödsdeltagarna har analyserats för sig och intervjuerna med projektmedarbetarna för sig. Båda har analyserats tematiskt och deskriptivt vilket bland annat innebär att forskaren grupperar intervjuutskriften i förhållande till teman (Braun & Clarke 2008). I den första fasen har varje intervjuutskrift studerats för sig, så förutsättningslöst som möjligt (induktivt) och så kallade meningsbärande enheter har identifierats induktivt, här totalt 835.

I nästa fas har dessa meningsbärande kondenserats och även språkligt justerats (Graneheim & Lundman 2004). Den språkliga justeringen har dels bestått i att personnamn och ortsnamn har tagits bort, bristfällig svenska har justerats grammatiskt och alltför personspecifika uttryck har ersatts med mer allmänna sådana (även slang har ersatts med korrekt svenska). Justeringen har gjorts av sekretessskäl. I den tredje fasen har de kondenserade meningsbärande enheterna grupperats tematiskt. Sex teman med anknytning till studiens frågeställningar har då identifierats. De har sedan grupperats i förhållande till den strukturerade intervjuguidens fem nyckelkomponenter. Under analysens gång har nyckelkomponenterna kondenserats till tre huvudteman, då detta bättre har motsvarat den information som en kvalitativ studie kan ge liksom hur informanterna har talat om Hälsostödet genomförande: Programsammanhang, Programtrohet och erbjuden dos samt Programmottagande och räckvidd. Vissa citat har även presenterats separat för att illustrera resultat i effektutvärderingen.

Kvantitativ enkätstudie av förändring i psykisk hälsa och hälsolitteracitet (effekt)

Status och förändring för psykisk hälsa har mätts med hjälp av frågeinstrumentet *General Health Questionnaire - 12* (GHQ12). Det har formulerats för att mäta generell psykisk hälsa hos allmänheten och består av 12 påståenden, som täcker olika typer av psykiska stämningslägen. Instrumentets svarsskala består av en så kallad Likertskala med fyra nivåer: Stämmer helt, Stämmer bra, Stämmer delvis och Stämmer inte alls. Dessa värderas från 0 till 3, vilket ger en totalpoäng på 0-36 poäng där en högre poäng indikerar en högre risk för psykiatrisk problematik.

GHQ12 har validerats för att mäta förändring av lindrigare symptom på psykisk ohälsa, det vill säga den typ av lindrigare psykisk ohälsa som Hälsostödet är avsett att lindra. Det är välanvänt och finns översatt till 38 olika språk (dock ej validerat på de språk som använts i den här utvärderingen). Det har således visat på god reliabilitet och validitet, även för gruppen flyktingar (Lecerof m.fl. 2016). Förutom GHQ12 har även förändring av upplevd hälsa mätts med frågan: Upplever du att din hälsa har påverkats av att du har varit med i Hälsostödet? Frågan hade tre svarsalternativ: ”Nej”, ”Ja, till det bättre” respektive ”Ja, till det sämre”.

Hälsolitteracitet har mätts med specifika frågor om kunskap, vårdbehov, sökmönster och upplevelse av vård då detta kan ses oms indikationer på hälsolitteracitet. En del av frågorna i studiens enkät har hämtats ifrån tidigare forskning kring hälsolitteracitet. De frågor som berörde sökmönster, möjliga barriärer till vård och upplevelse av vård hämtades från det så kallade Hälsoresursprojektet vid Sahlgrenska akademien (Holmgren m.fl. 2010), men har modifierats något för att passa målgrupp och frågeställningar. Specifikt mättes sökmönster i dessa enkätfrågor:

- ”Har du behövt söka sjukvård sedan du kom till Sverige?” (i eftermätningarna var formuleringen ”sedan förra gången du fyllde i formuläret”), svarsalternativ Ja, Ja, men sökte inte vård, Nej. Vid svar Ja fick hen ange vart hen sökt vård, med sex svarsalternativ till exempel vårdcentral, akutmottagning, och ringde ambulans.
- Nästföljande enkätfråga var: ”Tycker du att du fick den vård du behövde?” med svarsalternativen Ja och Nej. Vid svar Nej kunde hen välja åtta svarsalternativ till exempel ”Jag förstod inte vad läkaren sa”, ”Jag fick inte den behandling jag ville ha”, ”Jag fick höra att jag inte hade rätt till vård”. Det gick även att ange om hen upplevt behov av att söka vård, men avstått och då ange orsak bland 11 alternativ, till exempel ”Besvären gick över”, ”Jag visste inte vart jag skulle vända mig”, ”Jag trodde inte att jag hade råd” och ”Språksvårigheter”.

Enkäten innehöll även fyra frågor om kunskap om hälso- och sjukvården, det vill säga ”Upplever du att du har kunskap om...”

1. ”...varför man kan bli kallad till sjukvården även om man är frisk?”
2. ”...vart man skall vända sig om man har lindriga besvär som inte är akuta?”
3. ”...vart man skall vända sig vid allvarliga olycksfall och vid allvarlig akut sjukdom?”
4. ”...vart man skall vända sig om man behöver hjälp för att man mår psykiskt dåligt...”

Svarsalternativen var för dessa fyra frågor var Ja och Nej. Dessa frågor är hämtade ifrån en tidigare utvärderingsrapport av samhällsorientering för nyanlända (Wångdahl & Al-Adhami 2017), men har även de modifierats av forskargruppen för att passa frågeställningarna i det specifika projektet (Sulaiman-Hill & Thompson 2010; Flakerud 2012; Baird m.fl. 2017).

För att kunna analysera möjliga gruppskillnader har en beräkning av studiegruppsstorlek gjorts där statistisk styrka (”power”) sattes till 80%, effektstorlek till $f^2 = 0.02$, och $\alpha=0.05$. Utifrån den beräkningen bedömdes, innan datainsamlingen påbörjades, att studien behövde

301 deltagare. När studien avslutades hade totalt 321 personer deltagit i föremätning och eftermätning 1, det vill säga studien beräknas ha god statistisk styrka ("power"). Det är därför möjligt att statistiskt visa på skillnader mellan grupper, om skillnader de facto finns.

Eftersom studien innefattar många subgrupper, med varierande gruppstorlek (se Demografiska uppgifter nedan) har vi dock valt en försiktig statistisk strategi där vi undviker signifikanstest då materialet visar på många grupper med varierande storlek. Detta för att det, i sådana lägen, finns risk för att mängden signifikanstester resulterar i felaktiga svar (Dienes 2011). Istället för att redovisa signifikansnivåer, som alltså hade kunnat ge en skev bild, redovisar vi kvantitativa resultat med deskriptiva uppgifter. Vi har sedan tolkat dessa resultat utifrån dels storlek på medelvärdes- och frekvensskillnader, dels i förhållande till de kvalitativa resultaten. Analysplanen följer således vetenskapliga råd för hur en välgrundad och meningsfull tolkning kan göras, utifrån en studies unika premisser (Gigerenzer 2004).

I resultatet nedan visas därför först beskrivande statistik över hur studiepopulationen sett ut vid föremätningen. Därefter redovisas både procentuella (%) och frekvensmässiga (n=) skillnader mellan föremätning och eftermätning 1 på ett par av de enkätfrågor som fokuserade på psykisk hälsa (GHQ-12) respektive hälsolitteracitet. Alla redovisningar av frekvensfördelning och procentuell fördelning utgår ifrån deltagare som valt att svara på alla frågor, så kallade fullständiga fall ("complete cases").

Vi har alltså inte inkluderat deltagare som har avstått ifrån att svara på vissa frågor ("missing responses"). För att kontrollera för detta ("missing responses") gjordes även en kompletterande analys med imputerade "missing responses" efter den procentuella fördelningen av befintliga svar, alltså en prediktion av "missing responses" baserad på befintliga svar. Denna standardiserade form av analys av "missing responses" gav dock samma resultat. Vi redovisar därför enbart analyserna baserat på fullständiga fall ("complete cases").

Översättning av enkät och informationsmaterial

Enkäten i sin helhet formulerades först på svenska och översattes sedan till arabiska, dari, persiska och somaliska. Validerade översättningar av GHQ12 fanns inte till dessa språk. Instrumentet, liksom bakgrundsfrågor och frågorna för mätning av hälsolitteracitet, har därför översatts i enlighet med gällande praxis inom psykometri. Frågorna översattes av auktoriserad översättare från svenska till de olika språken och sedan tillbaka till svenska för att säkerställa att inga nyanser gått förlorade. Översättningarna tillbaka till svenska har diskuterats med tvåspråkiga (svenska-annat) Hälsokommunikatörer och teamledare för att säkerställa att frågorna fångade det som avsågs och att de inte skulle upplevas som provocerande eller missvisande. Även informationsmaterialet om studien (annons och utökad information) liksom blankett för informerat samtycke har översatts med hjälp av auktoriserad översättare och sedan diskuterats med Hälsokommunikatörer och teamledare.

Hälsostödets organisation, idé och innehåll

Innan vi redogör för de kvantitativa och kvalitativa utvärderingarnas resultat ska vi presentera Hälsostödets innehåll och upplägg lite mer i detalj. Detta för att öka förståelsen av utvärderingens resultat. Särskilt processutvärderingen behöver förstås i förhållande till hur ett idealt genomfört Hälsostöd skulle ha sett ut. Det kan sedan jämföras med vad Hälsostödet de facto har innehållit, det vill säga om dess föreskrivna komponenter har erbjudits på ett sådant sätt att den tänkta målgruppen har kunnat ta emot det. Insikter om det är även viktigt för att sätta in effektresultaten i ett sammanhang, det vill säga för att skapa förståelse för om förändring (eller avsaknad av detsamma) i Hälsostödsdeltagarnas psykiska hälsa och hälsolitteracitet kan påstås vara kopplat till Hälsostödets föreskrivna innehåll och form, om de kan härledas till genomförandet eller andra oberoende faktorer.

Hälsa i Sverige-projektets organisation i VGR

I studien av Hälsostödet har vi sett att HiS projektorganisation, som har planerat och ansvarat för Hälsostödet, har följt ramarna för hur projekt ofta är organiserade. Projektorganisationen har haft en traditionellt hierarkisk organisation och rollfördelning där en projektägare ansvarat för övergripande beslut (projektplan, budget, anställningar och så vidare), och en styrgrupp har fungerat som stöd för projektägaren. En enhetschef har även funnits, med traditionellt chefsuppdrag. En projektledare har också funnits, vars uppdrag beskrivits bland annat vara att "[l]eda arbetet och ansvara för att projektplanen följs, projektmålen infrias ... rapportera progress, avvikelser och risker .. fördela projektets arbete" med mera (Projekt direktiv). Slutligen har en projektgrupp, vid tiden för utvärderingen bestående av fyra team med sex teamledare och tio Hälsokommunikatörer, haft ansvar för själva genomförande av projektarbetet. Respektive team har ansvarat för varsin geografisk del av VGR, och benämnts som Team Syd, Nord, Öst och Väst.

I Projektplanen för HiS finns tids- och aktivitetsplan samt rollbeskrivningar, för teamledare och Hälsokommunikatörer. De förra ska "leda och ansvara för teamet i det dagliga arbetet inklusive planera aktiviteter och insatser" medan de senare ska "ge Hälsoinformation på målgruppens hemspråk, tolka mellan andra teammedlemmar och målgruppen vid behov, delta i och leda aktiviteter anordnade av teamet, vara uppdaterad i det aktuella läget kring asylsökande och nyanlända gällande exempelvis omvärldsanalyser, nya lagar och beslut" (Projektplan). Projektledaren har arbetat heltid inom projektet, medan såväl enhetschef som teamledare har haft andra uppdrag inom sina tjänster. Till exempel har de flesta teamledare kombinerat projektarbetet med arbete på någon vårdenhets inom VGR. Även Hälsokommunikatörerna har haft uppdraget på deltid, ofta på 60-80%.

Organiseringen av HiS-programmet följer alltså vanliga principer för hur projekt, arbetsledning, chefsansvar och så vidare. Ett av de teman, som processutvärderingen har fångat upp, är dock att omständigheterna kring Hälsoinformationens och Hälsostödets

uppstart och genomförande har varit extraordinära. Utvärderingen ställer därför frågan, och diskuterar detta närmare nedan, om en ordinarie projektorganisation är en tillräckligt stödjande organisation för att ett pionjärprojekt (med nya målgrupper, yrkesroller och komplexa målsättningar) ska kunna genomföras enligt föreskriven plan?

Hälsostödets syfte och mål

Som vi såg i inledningen lanserade SKL HiS-programmet i en tid då stora flyktinggrupper kom till Sverige. För att konstruktivt möta förväntade behov, av till exempel stöd för en positiv hälsoutveckling, formulerades HiS-programmet. Som en del av programmet skapade man ett utbildningspaket, bestående av hela utbildningsdagar, videos på internet och olika typer av skriftligt material. En del av detta utbildningsmaterial är riktat till andra delar av HiS-satsningen, men en hel del material berör specifikt Hälsostödet. I VGR:s projektplan för HiS anges även att både teamledare och Hälsokommunikatörer ska utbildas ”inom adekvata SKL satsningar” (Projektplan).

Ett exempel på SKL-material är webvideon *Hälsostöd, Gruppverksamhet för asylsökande och nyanlända*. Där beskrivs bland annat att Hälsostödet syftar till att ”ge stöd vid lindrig psykisk ohälsa” samt att innehållet handlar om ”hur flykten kan påverka hälsan och vad man som individ själv kan göra för att må lite bättre” (SKL 2018a). I SKL:s introduktionsfilm till själva Hälsostödet betonas vidare att kunskap om hälso- och sjukvården är viktig för att asylsökande och nyanlända ska veta ”vilka andra som kan hjälpa er så att ni mår så bra som möjligt här i Sverige” (SKL 2018b).

I *Gruppledarguide för Hälsostöd i Västra Götalandsregionen*, den manual som teman utgår ifrån i sitt arbete och som bygger på SKL-material, återfinns liknande formuleringar. Även där hänvisas till psykisk hälsa, ökad begriplighet, redskap i vardagen och flyktens påverkan:

Hälsostöd syftar till att förstärka en positiv utveckling av den psykiska hälsan genom att ge individen verktyg att hantera lindrig psykisk ohälsa. ... Materialet är tänkt att öka begripligheten över den situation gruppdeltagarna befinner sig i, ge dem redskap att i vardagen hantera vissa svårigheter samt också få kunskap om hjälp som finns att få. ...

Kursen kommer att handla om på vilket sätt människor kan påverkas av att vara på flykt, vad det kan innebära för hälsan. Vi kommer också att fundera över vad man kan göra själv för att må så bra som möjligt och när man kan behöva få hjälp från vården. (*Gruppledarguide för Hälsostöd*)

Vid jämförelse mellan det Projektdirektiv och Projektplan, som har formulerats för VGR, finner vi liknande referenser till Hälsostödets målsättningar, men ser också en tydligare betoning av deltagarnas kunskap om hälso- och sjukvården. I Projektdirektivet beskrivs till

exempel att ”Asylsökande och nyanlända ska uppmuntras till att söka vård på rätt instans för rätt problematik samt befinna sig på rätt vårdnivå”, att ett syfte med HiS är att ”Vårdkonsumtionen för asylsökande och nyanlända stämmer relativt väl överens med vårdkonsumtionen för Sverige födda”, liksom att de ska söka ”vård vid rätt instans för adekvata problem”. Där preciseras även ett antagande för projektet vara ”Om projektet når målgruppen tidigt i asylprocessen kommer målgruppen söka vård på rätt instans för rätt problematik” (Projektdirektiv).

Både SKL:s och VGR:s underlag lyfter alltså fram tre huvudsakliga målsättningar, nämligen främjande av deltagarnas (1) psykiska hälsa, (2) kunskap och beteende rörande hälso- och sjukvården, och (3) kunskap och beteende rörande hälsa. Medan materialet från SKL beskriver kunskap om hälso- och sjukvård som ett hälsofrämjande medel, ser vi dock att VGR:s Projektdirektiv och Projektplan i högre grad beskriver detta som ett mål i sig. Formuleringarna i VGR:s dokument beskriver inte (på samma sätt som Gruppledarguiden och annat SKL-material) att kunskap om sjukvården är viktig för flyktingar ska veta ”vilka andra som kan hjälpa er” (se ovan). Istället leder projektdokumentens målformuleringar snarare tanken mot att korrekta sökmönster är viktigt för en effektivt utnyttjad hälso- och sjukvård (”vårdkonsumtion”; ”rätt instans för adekvata problem”; ”rätt instans för rätt problematik ... rätt vårdnivå”).

Utvärderingen lyfter fram detta då det i intervjuerna har framkommit att projektmedarbetarna har ganska olika bilder av Hälsostödets målsättningar. En slutsats, som dras i nedanstående processutvärdering, är alltså att det finns en viss förskjutning i fokus mellan SKL:s material och VGR:s beslutsunderlag, som inte har bearbetats tillräckligt och därför kan ha påverkat Hälsostödets genomförande i de olika teamen. Även detta kommer att diskuteras mer ingående nedan.

Hälsostödets föreskrivna upplägg och innehåll

Förutom syfte beskriver *Gruppledarguide för Hälsostöd* upplägg, hur gruppdeltagare ska rekryteras, hur många som ska ingå i gruppen, hur många tillfällen grupperna ska träffas, vilka regler som ska gälla för gruppen och vilka olika teman som träffarna ska behandla. Där tillhandahålls också en hel del tips kring hur gruppledaren – teamledaren eller Hälsokommunikatören – kan agera, så att deltagarna vågar öppna sig och berätta om sina erfarenheter från flykten. Här finns alltså information om den metod (gruppsamtal), som ska leda till HiS-programmets syfte att bland annat förbättra den psykiska hälsan för målgruppen.

Det framgår tydligt att Hälsostödet ska formuleras som ett gruppsamtal där deltagarna ska kunna öppna sig och dela med sig av potentiellt traumatiska erfarenheter. I materialet nämns även att ”[s]amtal i grupp kan väcka mycket känslor hos individer, speciellt om det är svåra situationer” men att det ”är bra att visa känslor för att det ska ske någon utveckling i gruppen” (*Gruppledarguide för Hälsostöd*). Det betonas att Hälsostödsträffarna ska ha en

dialogform, ske i samtalsform ”där man resonerar tillsammans och genom att ställa frågor undersöker möjliga lösningar eller vägar att gå.” Den förklaring som ges är att ”dialogen ger ett mervärde för alla” och Hälsokommunikatören uppmuntras att ”lägga ut saker i gruppen för att få dem att arbeta själva genom att till exempel fråga om någon känner igen sig och uppmuntra dem att dela med sig saker” (*Gruppledarguide för Hälsostöd*).

Vidare beskrivs de olika gruppträffarnas teman. En del faktainnehåll varvas med tips kring hur man kan svara på förväntade frågor. Några inslag av självhjälpsövningar finns också, till exempel avslappningsövningar, tips kring mat och vad man kan göra för att sova bättre. De fem gruppträffarnas teman är:

1. Introduktion
2. Hur kan flykten påverka hälsan
3. Stress, sömn, rökning, alkohol och narkotika
4. Mat och fysisk aktivitet
5. Sjukvårdssystemets roll samt sammanfattning av kursen

Den första gruppträffen är alltså en introduktion till Hälsostödet där Hälsokommunikatören ska förklara att det kommer att fokusera på, på vilket sätt hälsan kan påverka människor på flykt, liksom att man ska ”fundera över vad man kan göra själv för att må så bra som möjligt och när man kan behöva få hjälp från vården” (*Gruppledarguide för Hälsostöd*).

Vid det första tillfället ska även gruppmedlemmarna börja lära känna varandra och man diskuterar regler för gruppträffarna, att mobiltelefoner ska vara avstängda, att det som sägs i gruppen stannar, men också att religion, politik och ekonomi ska diskuteras i andra sammanhang.

Tematräff 2-5 har ett mer detaljerat innehåll, där Tematräff 2 specifikt handlar om hur flykten kan påverka hälsan. Tematräff 3 lyfter frågor om trauma, stress, sårbarhet, återhämtning, sömn och mardrömmar har även visst fokus på tobak, alkohol och narkotika. Det senare diskuteras framförallt i förhållande till om detta är bra metoder för avslappning eller inte. Den här träffen domineras, liksom Tematräff 2, av frågor om migrationsprocessens påverkan på hälsan. I Gruppledarguidens stödformuleringar finns bland följande att läsa för Tematräff 3:

Att tvingas lämna sitt land är svårt. Alla människor har en gräns där de tar skada av svåra upplevelser. (Visa på diagrammet) Människor har olika grad av sårbarhet. En del tål mer stress och oro medan andra tål mindre. En del har med sig en sårbarhet från början, som gör att de mår sämre än andra när de är med om påfrestningar. Då hamnar man ganska långt ut till höger. En del har med sig styrkor som kan göra att de inte mår så dåligt, fast de är med om påfrestningar. Under olika perioder i sitt liv har man olika grad av sårbarhet. Ett exempel är att barn ofta är mer sårbara än vuxna. Graden av sårbarhet och påfrestningar påverkar hur man mår. Det är, viktigt att veta att de allra flesta som mår dåligt efter att ha tvingats lämna sitt land mår bra efter ett tag. Man börjar återhämta sig när man kommer till en plats där man vet att man är trygg. Det kan ta tid, men man blir bra igen av egen kraft (*Gruppledarguide för Hälsostöd*).

Utdrag från stödtexten för Tematräff 2 ser ut som nedan. Där ser vi exempel på hur gruppsamtalet är tänkt att fokusera på sorg, bearbetning av flyktens händelser, reaktioner på stress så som ilska, irritation och koncentrationssvårigheter:

Träff 2: Hur kan flykten påverka hälsan

Tema träff 2

Som gruppledare kan man ha nedanstående förklaring som stöd vid samtal med deltagarna under 15 minuter.

- Visa filmklipp migration och hälsa <http://www.uppdragpsyiskhalsa.se/>
- Muntlig information om hur flykten kan påverka hälsan

Filmen tar upp känslor som sorg och skuld.

Att tänka på det man sörjer, att tillåta sig själv att känna sorg, är ett sätt att bearbeta det som hänt. Men man sörjer på olika sätt, en del gråter mycket, andra inte alls. En del vill prata mycket om det som hänt, andra vill inte det. En del blir arga, irriterade eller får svårt att koncentrera sig för att de sörjer. Det kan ta lång tid att sörja, men med tiden sörjer man inte på samma sätt.

Det är bra att prata om det man har förlorat, och tänka på det som var bra. Men det är också okej att göra något man tycker är roligt, och inte bara tänka på det sorgliga hela tiden. Det finns många bra saker med Sverige att ta del av.

Man kan känna skuld fast man inte har orsakat det som har hänt, fast man inte kunde ha gjort något. Man kan försöka se saken utifrån genom att tänka så här: vad skulle du ha sagt till någon annan som kände skuld för något som de inte själva hade orsakat?

Då kan det bli lättare att se att man faktiskt inte kunde göra så mycket och att det inte hjälper att plåga sig själv. Om man klarar av det är det bra att ta pauser då man inte tänker så mycket på det som har varit, utan tänker på det som är nu, och försöker hitta det som är positivt med nuet. Att prata och skratta tillsammans, att ta en promenad när solen skiner är viktigt för att stärka sig själv. En del av de sakerna kan vi inte påverka, eller bara påverka litegrann. Men de flesta av de saker som styr hur vi mår kan vi påverka själva. Vi människor är inte ensamma, vi finns i ett sammanhang hela tiden. Vi mår bättre om vi kan förstå den omgivning vi befinner oss i. För den som är ny i Sverige tar det tid att förstå sin omgivning och det sammanhang man befinner sig i här. Men ju mer man förstår sin omgivning, desto bättre kommer man att se vad man själv kan göra för att förbättra sin situation. Om man vet vilka möjligheter som finns, och om man också vet hur man ska hantera svårigheter, mår man bättre. (*Gruppledarguide för Hälsostöd*)

Stödtexten för Tematräff 2 fortsätter med korta förklaringar av teorierna om hälsans sociala bestämningsfaktorer, med tips på upplägg för ett gruppsamtal och den avslutas sedan med instruktioner för en avspänningsövning för nacke och axlar.

Instruktionerna för de kommande träffarna ser ut på liknande sätt med visning av kortare filmer och instruktioner för muntlig information, men Tematräff 4 har en något mer

praktisk prägel. Här visas en film om fysisk aktivitet, D-vitamin diskuteras, symbolen 'det gröna nyckelhålet' förklaras, man beskriver att olivolja är bättre för hjärtat än smör, att söta saker som läsk gör att risken för övervikt ökar, överviktens negativa hälsoeffekter, med mera. I materialet ingår också bilder på bra och dåliga matval liksom en frågesport. Vid den sista träffen, Tematräff 5, återkommer samma tema som vid Hälsoinformation. Man presenterar bland annat 1177, rutinerna på en Vårdcentral, vilka vårdformer – till exempel Barnavårdscentralen – som är gratis. Gruppledarguiden avslutas med en fallbeskrivning som kan vara underlag för gruppdiskussion kring tolkning av symtomen "värk i magen och huvudet" liksom vad fallpersona skulle "behöva för att må bättre" (*Gruppledarguide för Hälsostöd*).

Hälsostödet beskrivs alltså, i det material som teamen utgår ifrån, som en samtalsgrupp där deltagare, på sitt hemspråk, dels kan få tillfälle att öppna sig kring och prata om svåra migrationsrelaterade erfarenheter, dels kan lära sig nya fakta om hälsa, om hälso- och sjukvårdssystemet och relevant nyttjande av detta. Det har både en faktaprägel och en terapeutisk prägel. Centralt är det förtroendefulla samtalet, som ska föras i dialogform och som bygger på att tillit skapas av och till gruppledaren och mellan deltagarna i Hälsostödsgruppen.

En fråga, som kommer att diskuteras i processutvärderingen nedan, är i vilken grad detta upplägg kan möta de olika målsättningar som SKL:s respektive VGR:s dokument anger, men också vilken typ av organisatoriska inslag som kan krävas för att Hälsostödet ska kunna verka hälsofrämjande på det sätt som det är tänkt.

Resultat av kvalitativ utvärdering av Hälsostödets genomförande

Processutvärderingens principer och teman

En processutvärdering kan vara formativ och/eller summerande, det vill säga genomföras för att man vill summera om interventionen har implementerats så som det var tänkt och/eller för att man vill finjustera (formera) en pågående intervention så att den överensstämmer med uppsatta målsättningar. I det här kvalitativa utvärderingsarbetet har vi arbetat med båda ansatserna. Den summerande ansatsen har fungerat som en slags jämförelsepunkt för tolkningen av enkätresultaten. Det behövs för att skapa en förståelse för om kvantitativt uppmätta effekter av Hälsostödet kan ha påverkats av dess genomförande. De kvalitativa intervjuerna bidrar även med illustrationer för vad som uttrycks i de kvantitativa redovisningarna (tabellerna). På det sättet ger också processutvärderingen en fördjupad, eller utökad, bild av det som effektutvärderingen har studerat. Eftersom HiS-programmet fortfarande pågår är processutvärderingen samtidigt formativ. Dels har forskargruppen återkopplat preliminära resultat till projekt- och styrgrupp, under utvärderingsarbetets gång, dels kan teamen och VGR använda slutresultaten som underlag för framtida planering av HiS-programmet och liknande interventioners genomförande. I det här arbetet har vi följt två grundprinciper för en kvalitativ processutvärdering, nämligen att:

- a) försöka förstå interventionens mål och tänkta design
- b) försöka förstå hur interventionens innehåll, upplägg och särdrag har genomförts och fungerat i den specifika VGR-kontexten

Den här delen av utvärderingen fokuserar specifikt på att besvara frågeställningarna 5 och 6 (se *Syfte och forskningsfrågor*), det vill säga den undersöker Hälsostödsdeltagarnas och projektmedarbetarnas upplevelse av hur Hälsostödet har genomförts och om detta innehåller det som man uppfattat att den skulle och bör innehålla för att möta målgruppens behov. Som vi såg ovan (se *Kvalitativ intervjustudie av genomförande*) strukturerades intervjuerna utifrån en modell för processutvärderingar där följande fem nyckelkomponenter ingår:

1. Programtrohet och implementering: utsträckning som interventionen genomförts och implementerats så som det var tänkt
2. Programdos erbjuden: omfattning/del av interventionen som erbjudits
3. Programdos mottagen: omfattning/del av interventionen som deltagarna har tagit till sig och uttryckt nöjdhet med
4. Programräckvidd och rekrytering: andelen av den tänkta målgruppen som har deltagit i interventionen samt rekryteringsmetoder

5. Programsammanhang: sociala, politiska med flera aspekter av det interventionens sammanhang som kan ha påverkat genomförandet

I den tematiska analysen av de kvalitativa fokusgrupps- och individuella intervjuerna har tre huvudteman och nio underteman identifierats. Utgångspunkten har varit Saunders m.fl (2005) redogörelse för en processutvärderings komponenter, men temana har kondenserats och grupperats i förhållande till hur informanterna har talat om dessa.

Tabell 1. Identifierade teman i analys av kvalitativa intervjuer

Huvudtema	Undertema
Programsammanhang	Flexibilitet och snabbhet visavi systematik och framförhållning
	Kompetenser för nya uppdragsområden och yrkesroller
Programtrohet och erbjuden dos	Balansgång mellan projektets olika syften och mål
	Följsamhet och ambivalens i Hälsokommunikatörsrollen
Programmottagande och nöjdhet	Strategier för en diversifierad målgrupps mottagande och nöjdhet
	Flexibilitetens gränser: stöd för gränssättning och hänvisning till vård

Programsammanhang

Inom temat programsammanhang ryms de frågor som rör det bredare sammanhang inom vilket Hälsostödet har genomförts, till exempel samhällsfaktorer och den större organisation (VGR) som kan ha påverkat genomförandet, utan att vara direkt kopplade till själva Hälsostödets innehåll och form. Som kommer att bli tydligt nedan, är en slutsats av processutvärderingen att programsammanhanget har haft en stor betydelse för Hälsostödets hittillsvarande genomförande. Hälsostödets uppstart formades av en sorts organisatorisk kollision när viljan att snabbt komma igång med att insatser för asylsökande och nyanlända skulle möta en större organisations (VGR) lite trögare processer.

Det kan säkerligen vara kopplat till själva projektformen, men vi tolkar det som att betydelsen av otydliga strukturer, knapphändert förberedelsearbete, etablerande av nya yrkesroller och så vidare kan ha haft större konsekvenser för genomförandet av Hälsostödet (jämfört med andra projekt) i och med att så många aspekter av projektet var nya. En sammanfattande rekommendation, ifrån den här delen av processutvärderingen, är därför att man initialt avsätter extra organisatoriskt stöd (inklusive utökat ledningsstöd) och lägre produktionskrav för projekt som är innovativa och omfattar många osäkerhetsfaktorer. Vi bedömer att det, i enlighet med implementeringsforskning, har stor potential att kvalitetssäkra genomförandet, främja arbetsmiljön och därmed även öka möjligheten av interventionens effekt.

Flexibilitet och snabbhet visavi systematik och framförhållning

Som vi redan har nämnt tillkom Hälsostödet, som en del av det större projektet Hälsa i Sverige (HiS), under 2015-16 i samband med att många flyktingar sökte sig till Sverige. Flyktingarnas situation skapade ett stort samhälleligt engagemang, även inom VGR:s organisation – något som bland annat ledde till att man anslöt till SKL:s satsning. I intervjuerna beskrivs att detta engagemang, liksom HiS fokus på att ordna ett gott mottagande av nya flyktinggrupper, var ett skäl till att många projektmedarbetare sökte sig till projektet. Där framkommer också att projektets uppstartsperiod präglades av den känsla av akut läge, som många minns från till exempel den här tidens nyhetsrapportering. I intervjuerna har vi följaktligen fått ta del av berättelser om att det var viktigt att snabbt komma igång med projektet:

Det var ju bråttom. Jag minns tydligt den här känslan i samhället. Vi ville vara nära frågan. Och vi är lösningsinriktade, så vi går ju på lösningarna innan vi egentligen har tittat på 'Vad är det? Hur gör vi? Vilken tid behöver vi?' ... Men vi var ju mitt inne i en verklighet där det fanns ett jättebehov. Och vi vet att jobbar man inte proaktivt så får vi större problem sen, vi får större kostnader och det förlorar alla på.

Den här situationen beskrivs även i SKL:s slutrapport för HiS och där lyfts förmågan att snabbt svara på samhällsförändringar som en framgångsfaktor för hela HiS-programmet:

6.4 Flexibilitet och snabbhet är framgångsfaktorer

Fortsatta skiftningar i omvärlden och i vårt eget samhälle gör att vi även i fortsättningen kommer behöva vara beredda på att ompröva och anpassa lösningar utifrån den situation som är. I och med programmet Hälsa i Sverige har vi visat att det är möjligt att reagera snabbt, att ta fram och agera utifrån preliminära strategier och justera kursen utifrån de hinder och förutsättningar som framträder längs med vägen. (SKL, 2017, s. 32)

I intervjuerna framkommer att det inom projektorganisationen fanns en medvetenhet om stress i uppstartsperioden, att projektidén i vissa avseenden var ny och oprövad, att en del av uppdraget var att ”bygga en organisation från scratch” och att det därmed fanns en beredskap för att ”det kommer att vara svårt”. Då en stor del av de kvalitativa intervjuerna har kommit att handla om det som ”blev svårt” ger vi detta utrymme här. En del av

svårigheterna kan beskrivas som att problem uppstår när ”bråttom” och ”reagera snabbt” möter större institutioners lite trögare processer:

Det hände så mycket, så snabbt. ... Och ingen hade väl egentligen sett att, 'Herregud det här blir ju enhet, det här blir ju ett helt gäng med folk!' ... Ingen skugga över någon utan man var lite överrumplad ... folk dubbelarbetade ... jobbade som en blå. ... Asylsökande ... var ju huvudgruppen från början. Nu har det förändrats totalt ... Och då tänker man, det måste finnas en lokal ... Så måste vi ha folk lokalt ... Och när man väl börjar rekrytera så är det ju en jätteprocess. Det fanns ju ingenting från början ... och en person kan ju inte trolla med knäna, så första halvåret gick ju egentligen till att få in folk ... Det är ett jättemek och våra system funkade ju aldrig.

Det var ju en överraskning att det blev så långdraget med anställningsformen ... vilken befattning de ska ha, hur det passar in, titel ... och även lönen. ... Det var en process att bedöma och beskriva vad det var för tjänst egentligen. ... Och det dröjde. ... Hen var betydligt snabbare än organisationen, kan man väl säga ... för regionen är ju inte världssnabb. ... Alla administrativa processer... Bara det här innan de fick datorer ... Det räcker inte med sex månader för att få namnskytt. ... Vi väntade länge på telefon och dator. Jag fick ett SIM-kort efter två veckor och sedan tog det nog två månader innan telefonen kom. Alltså det var mycket sådana saker som haltade.

Det tog ju flera månader att hitta ett kontor, få en bil att fungera, de här passerkorten och sådant. Det var ju jättemycket sådant i början. ... Det var väldigt svårt att prestera resultat under den här första tiden, vilket förväntades. ... I början så gällde det att hitta ett arbetssätt ... Ledningen förväntade sig en större tidsacceleration, men jag upplever att det mer har varit mjuka bitar. ... Till exempel konflikter. ... Eller att utvärdera: 'Hur har ni det nu och hur gick det där?'

Förutom en viss organisatorisk tröghet beskriver även flera projektmedarbetare att förutsättningarna för att hålla Hälsostöd ändrades när många asylboenden stängde. Från att målgruppen hade varit förhållandevis samlad geografiskt, fick man försöka hitta utrymme för VGR-projektet inom andra organisationers uppdragsområden, till exempel kommunala verksamheter som Integrationscentrum, SFI, Samhällsorientering:

Boendena stängdes och sedan ... 'Oj, vad gör vi nu då?' ... Det var då vårt jagande började, att ta oss till målgruppen och då... Tills du kommer igång och synliggör projektet... Då var det nog april, när vi gick ut och vi började med aktiviteter.

I början så fanns det ju flyktingboenden, men ganska så snart stängdes de ... Då fick man ju tänka om igen: 'Hur kan vi hitta vägar in? Var gör vi mest nytta?' Det var också mycket funderingar i början: 'Ska vi gå in i redan existerande verksamheter?' ... Man fick aldrig svar på sådana grundläggande frågor ... Ska det här fortgå på lång sikt eller ska jag tänka att vi bara ska göra en snabb insats och täcka så mycket som möjligt?

Förändringar i flyktingpolitiken är, med den här målgruppen i fokus, en central aspekt av temat programsammanhang, det vill säga det har stor betydelse för projektets

genomförande. Förutom att regeringens ändrade politik under projektperioden innebar en kraftig minskning av antalet personer som sökte asyl i Sveriges, vilket i sin tur bidrog till att flyktingboenden stängde, har vi även sett exempel på hur sådan politik påverkat målgruppens psykiska hälsa. I intervjuerna med de Hälsostödsdeltagare, som ännu inte fått asyl, återkommer till exempel berättelser som bekräftar det tidigare forskning har visat (Anderson m.fl. 2003; Carlzén & Zdravkovic 2016; Mangrio m.fl. 2018), nämligen att asylsökandes psykiska hälsa påverkas negativt både av en utdragen asylprocess och av generellt låg tillgång på hälso- och sjukvård (se vidare nedan under *Programmottagande och nöjdhet*).

I intervjuer med projektmedarbetarna ser vi många exempel på att de funderar över dem ska hantera förändringar i omvärlden. Vi ser dock inte lika många exempel på att teamen och projektledningen samarbetar systematiskt för att lösa detta tillsammans.

Intervjumaterialet ger intryck av att teamen har arbetat väldigt självständigt med de problem som man har stött på. Vi tolkar det som att det i projektorganisationen, trots en viss medvetenhet om att detta var ett pionjärprojekt, inte fanns tillräckligt väl utvecklade strategier för kommunikation, återkoppling och samarbete för att hantera den komplexa och föränderliga samhällsliga situation som verkade mitt i. Vi tolkar det vidare som att denna fråga hör till temat Programsammanhang eftersom informanterna har beskrivit dessa svårigheter just i anslutning till samtal om osäkerhet och stress i samband med projektets uppstart. Det ser alltså ut, i intervjumaterialet, som att möjligheten minskade som en följd av projektstartens ”stressade inramning” att anpassa projektarbetet till projektexterna faktorer.

Vi vill därför öppna för att man funderar över om individfaktorn (som aspekt av de kommunikationsproblem, som intervjuerna har pekat på) kan vara tecken på ett strukturellt problem. Stabila strukturer, till exempel väl utarbetade rutiner och ett gediget förberedelsearbete, kan nämligen stötta individuella arbetstagare så att deras möjlighet att identifiera relevanta och konstruktiva genomförandestrategier ökar, det vill säga gedigna organiseringsstrategier kan förebygga att individfaktorer får stor betydelse (Brownson m.fl. 2012; Flottorp m.fl. 2013). Den större organisationen kan därmed rutinmässigt sätta lägre produktionskrav, så att extra tid kan avsättas för kommunikation, återkoppling och samarbetsfrågor när ett projekt har identifierats som präglad av pionjäranda med oortodoxa organiseringslösningar.

VGR, som organisation, skulle kunna sägas ha visat på mod och handlingskraft när man har vågat satsa i en ny riktning. Otydlig organisering, otydliga arbetsuppgifter, dåligt anpassade arbetslokaler med mera är dock väl kända risker för ohälsa och olycksfall (se Arbetsmiljöverket). Utvärderingen föreslår därför att VGR utvecklar ordinarie Riskhanteringsprocess, så att denna – särskilt vid engagemang i innovativa projektsatsningar – i högre grad integrerar reflektioner kring programsammanhagens betydelse. Detta av omsorg både om medarbetares arbetsmiljö och projektets måluppfyllelse. Utvärderingen föreslår alltså att man särskilt reflekterar hur ”stress” bättre kan hanteras i en organisation, som i första hand inte är formulerad för (med SKL:s ord)

”Flexibilitet och snabbhet”? Till viss del är HiS-programmets uppstartsproblem säkert vanliga projektformen generellt, men vi rekommenderar att man funderar över om särskild organisatorisk stöttning ska sättas in då målsättningarna är av den komplexa art som är fallet för HiS.

Kompetenser för nya uppdragsområden och yrkesroller

En viktig faktor för Hälsostödets kvalitet är de kompetenser/yrkesgrupper som har identifierats för projektets genomförande. Som vi såg inledningsvis kan psykoedukativa grupper verkar både hälsofrämjande och terapeutiskt. I och med att Hälsostödet bygger på just detta är Hälsokommunikatörernas förmåga att skapa hälsofrämjande gruppsamtal projektets ”aktiva substans”, alltså en av de viktigaste faktorerna för att Hälsostödet ska ha positiv effekt. Hälsokommunikatörernas och teamledarnas arbetssituation, yrkesbakgrund och fortbildning är därför en viktig aspekt av processutvärderingen.

Sammanfattningsvis har vi dragit slutsatsen att flertalet har för uppdraget relevant formell och informell kompetens, men vi ser också att uppdraget kräver höga kvalifikationer och att det har varit svårt för varje enskild medarbetare att bära alla de kompetenser som skulle behövas för att täcka uppdragets bredd. Detta har förmodligen inte underlättats av att man har arbetat i relativt självständiga ”satelliter” där varje team många gånger har fått uppfinna sin egen organisation och ganska självständigt fått lösa de logistiska och organisatoriska utmaningar, som de har mött, allteftersom projektet har fortgått. Vi ser att detta har gjort teamledarens och Hälsokommunikatörens yrkesroll mer mångfacetterad än nödvändigt.

Teamledarna har alla antingen en sjuksköterske- eller socionomexamen, många års yrkeslivserfarenhet och flera av dem har också arbetat med flyktingar på olika sätt, under många år. Det flera av dem lyfter fram i intervjuerna är dock att rollen har krävt mer projektadministration, arbetslednings- och arbetsmiljörelaterat ansvar, än de upplevt sig ha resurser för:

Man hade behövt dela upp det [administrativa och handledande ansvaret]. ... Vi följer med Hälsokommunikatörerna till aktiviteterna och det går åt väldigt mycket energi till det. Det är väldigt mycket stress kopplat till det, att uppmuntra, peppa, öka deras självförtroende inför uppdraget och efteråt: 'Hur kändes det? Hur mår du? Hur har du det?' ... Så det är jättemycket runtomkring. ... Man kan ha behov här och nu, som inte kan vänta en månad tills det är handledning.

Jag tror att området var utmanande för ledningen, just med migrationsrelaterad hälsa, för det har ju framkommit under projektets gång. 'Oj, att det kunde vara så här komplext!' ... Att till exempel avlastas i arbetsmiljöfrågor ... För det har varit väldigt tufft för mig personligen, jag har inte haft ledarskap tidigare ... Jag tycker att teamledare egentligen borde slippa sånt och det har tagit tid ifrån projektet.

Samtidigt som teamledarna har startat upp och anpassat ett nytt projekt i ett föränderligt programsammanhang, har de alltså försökt hitta rätt i en egen delvis ny yrkesroll.

Ytterligare ett tema, som återkommer i många intervjuer, är anställning och introduktion av Hälsokommunikatörer, ett uppdrag som ännu inte kan sägas omfattas av en etablerad yrkesprofil. I Hälsokommunikatörernas arbetsbeskrivning har man dock preciserat deras kravprofil enligt nedan:

- Sjukvårdserfarenhet, ex sjuksköterska, undersköterska, folkhälsa, alternativt pedagogisk erfarenhet, ex lärare eller utbildning inom humaniora.
- Intresse i att arbeta i ett mångkulturellt team.
- Intresse i att förbättra hälsan hos asylsökande och nyanlända.
- Flexibilitet.
- Talar engelska eller svenska och arabiska eller dari/farsi eller tigrinja eller somaliska eller annat lämpligt språk.
- Social kompetens. Klara av att möta människor.

(Arbetsbeskrivning Hälsokommunikatör)

När projektmedarbetarna beskriver de kompetenser, som de uppfattar vara viktiga för uppdraget, så följer detta i allt väsentligt den ovan beskrivna kravprofilen. Framförallt är det sjukvårdserfarenhet och social kompetens, liksom förmågan att skapa en god och förtroendefull stämning i gruppen, som betonas:

Det är jätteviktigt [med hälso- och sjukvårdsbakgrund]. ... Jag tycker att det har varit lättare för dem att komma in i processen, i arbetet och aktiviteterna. För de har erfarenhet med sig. Det är självklart stor skillnad om de har det med sig eller inte. ... Man har baskunskapen om hälsa. ... Men det är inte bara hälsa, utan också bemötandet. ... Att skapa interaktion med andra, det har man ju praktisk erfarenhet av [om man har hälso- och sjukvårdsbakgrund], det tror jag underlättar mycket. ... Att kunna hantera att man möter människor som har det svårt, att man är tränad i det.

Om du inte har bakgrundskunskapen kan du inte svara på frågor och då tappar folk förtroende för dig. Hälsokommunikatören måste ha bra kunskap om hälso- och sjukvårdssystemet i Sverige. ... Men det beror också på om Hälsokommunikatören kan skapa stämning ... göra så att människor vågar öppna sig för dig.

Men det blir också tydligt att även den här yrkesrollen kräver en mångsidig kompetens, där flera ganska vitt skilda kompetensområden nämns. På grund av det ganska oprövade konceptet (psykoedukativa grupsamtal ledda på hemspråk av före detta flyktingar) har en utmaning också varit att projektorganisationen, förutom alla andra logistiska problem under uppstartsperioden, har behövt avsätta tid åt att identifiera vilken kompetensprofil som är relevant för Hälsokommunikatörernas adekvata genomförande av Hälsostödet. Förutom förmåga att leda en grupp, presentationsteknik och en allmän kunskap om hälsa, så påpekas att Hälsokommunikatören bör ha varit i Sverige tillräckligt länge för att förstå

svenska normer kring medicinska frågor liksom det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Teamen lyfter också att utbildningen behöver vara anpassad, både språkligt och till det specifika i uppdraget:

För att kunna representera den svenska kulturen, behöver man förstå båda kulturerna, tycker jag, för att kunna medla mellan båda. ... Det är väl där det brister lite. De [HK] hade fått lite för lite utbildning i det när de skulle börja. ... Referenserna kommer ju från det här som Läkare utan gränser gjorde i Götene. Det var ett jättefint arbete, men där skulle de informera lite, men inte ge medicinska råd. De kan inte riktigt bära de medicinska förväntningarna från deltagarna och det gör att de [HK] hamnar i situationer där man känner... Det är en helt annan roll än att vara en som är trevlig och snäll och spelar fotboll med folk i Götene... Så att där har det blivit ett glapp, tycker jag. ... Där fanns det ju utbildad personal, som hjälpte till med alla medicinska frågor ... De flesta HK har ju inte det.

Det är svårt att presentera. Många personer tittar på dig. ... Och sedan att jobba med dem som har hög utbildning för jag har inte själv kunskapen. Den räcker inte för dem som har utbildning. ... Det var väldigt svårt i början. Jag grät ... Det påverkade mig hela tiden. ... En grupp hade mycket utbildning, mycket högre än jag. Och det var svårt. Det är lätt att prata med dem som inte har utbildning, men här var det en som var läkare. Det blev kaos. De behöver inte ha den här grundinformationen. De behöver inte veta om Vitamin D. De behöver annan information och diskussion.

[I början] var jag osäker. Jag hade inte dåligt självförtroende, men jag hade ett dåligt material. ... Informationen var för basal. ... Därför kände jag mig obekvämt och jag kände mig osäker när jag stod inför de här personerna, för jag hade inte bra information som kunde lösa deras problem. ... Dessutom var det ett nytt system för mig också, men efter ett år känner jag mig trygg, att jag kan göra det bättre, hitta informationen som behövs, berätta så att alla förstår på ett bra sätt – både välutbildade och andra.

I ovanstående resonemang kring Hälsostödsledarens uppdrag ser vi exempel på att projektmedarbetarna under projektets gång successivt har hittat rätt i sin yrkesroll. När vi istället studerar resonemang kring medarbetares rekrytering ser vi att hemspråksbakgrund ofta har varit överordnat kunskap om hälsa och vana att leda en grupp. Den organisatoriska beredskapen för att hantera detta hade dock kunnat vara större. Till exempel tycks det inte ha funnits en strukturerad plan för introduktion och fortbildning, som skulle ha kunnat kompensera för bristande formell kompetens. Vi drar den slutsatsen utifrån att teamen, särskilt Hälsokommunikatörerna, samstämmigt har efterfrågat en mer genomarbetad introduktion och plan för fortbildning både vad gäller tematräffarnas faktainnehåll och gruppleddarkompetens:

Personligen så tror jag att ju närmare man är sjukvårdsarbetet desto bättre. Det är min erfarenhet, men sen är det ju inte omöjligt att du tränar på det, att det beror på vad du har för personlighet ... Men man behöver utbildning. ... Frågan är hur mycket tid det har funnits för analys av det området här ... Det har gått fort. Och då kanske man inte får med sig alla delar.

Att planera utbildning för oss är viktigt. De Hälsokommunikatörer som jobbar i Stockholm har haft utbildning sex gånger på ett år. Inte bara en timme, utan riktig utbildning som kan utveckla oss och som ger den information vi behöver för varje tema, till exempel stress. Jag har ingen kunskap om stress, om vad stress är, hur man blir stressad, vad man kan göra. För vi får frågor om varje tema som vi pratar om.

Det är viktigt att man får utbildning från början, inte efter ett eller två år. Men det beror också på om kan språket. Om jag går en utbildning och inte förstår någonting, så hjälper det mig inte. Alla utbildningar passar inte heller för alla Hälsokommunikatörer. ... Vi hade en utbildning i förra veckan och det var väldigt svårt. Alla ord var nya och all information på en hög nivå. Det var väldigt svårt att förstå. Jag förstod nästan ingenting och när vi fick frågan vad vi tyckte om utbildningen var det ingen som sa någonting, för ingen hade förstått.

Själva rekryteringen av de flesta Hälsokommunikatörer verkar ha varit klar relativt tidigt i processen, men intervjuerna indikerar att ansvar för upplärning och handledning av de nya medarbetarna i hög grad har delegerats till teamledarna. Här har intervjuerna också innehållit en hel del hänvisningar till kommunikationsproblem. Det är tydligt att man inom projektorganisationen har haft olika bilder av hur mycket tid upplärningen av Hälsokommunikatörerna, i den nya yrkesrollen, skulle få ta liksom om eller hur detta fick påverka produktionsmålen:

Hälsokommunikatörerna behövde ju all stöttning i början ... De hade ju aldrig jobbat i Sverige och de var nya här ... Så att, ja, det var mycket rent praktiska saker, som jag inte tror att man hade tänkt på ... Att man ska stämpla, att man har betald semester, allt sådant som ingår i en anställning, som för oss är självklart.

Det har tagit tid ... att försöka nå dem, skapa trygghet. Ska man bara gå in från öppen gata och göra ett administrativt arbete, skriva mejl ... 'Kom och gå', 'Raissance' ... Fakturaportalen, skillnaden mellan flextid och komptid? Det är så jättemycket som ingår i en anställning i Sverige och ... de pratade inte ens svenska när vi började. ... Även idag så snubblar vi över situationer där vi märker att vi har trott att de har förstått oss och då har det ändå gått ett år.

Det finns Hälsokommunikatörer som har varit väldigt försiktiga och osäkra ... som har haft jättesvårt att åka själva. Och ett tag var ju det så att för att nå målet så måste folk åka en och en. ... 'Nu ska de klara det här själva!' Och då fick vi säga att, det gör de inte, vi kan inte släppa dem. 'Jo, men det måste du.' Och då fick vi kritik för att vi curlade. ... Hälsokommunikatörerna sa: 'Nej, nej det går inte, jag kan inte. Jag klarar inte det här och du måste vara med oss.' Och nu först så känner de ju att, om de är tillsammans så går det jättebra, men det har tagit lång tid och det är ju fullständigt naturligt att sådant tar lång tid, men det har inte funnits tålamod med det egentligen.

Du ser att Hälsokommunikatörerna kämpar och anstränger sig, och samtidigt att det är en så tuff grej att prata om de här områdena, de frågor som du får, hur du kan hantera dem frågorna på ett professionellt sätt, hur man kan må efteråt, att inte ta med sig det hem. ... Och det försökte vi förmedla ... att de

här aktiviteterna, det är inte så lätt. Man måst tänka: 'Hur mycket orkar man, klarar man?' [i relation till produktionsmål] ... Vi får vara som Hälsokommunikatörernas advokat. Det är en pressad situation för teamledarna.

Den kunskap om hälsa och bemötande, som teamledarna hade med sig ifrån tidigare arbetslivserfarenhet och som är högst relevant för att leda HiS-arbete, har – under den här fasen – överskuggats av arbets- och handledning, logistik och en mängd annan problemlösningsrelaterad förmåga. Fler har även uttryckt att de har fått ta ett stort ansvar för Hälsokommunikatörernas arbetsmiljö (se *Programmottagande och nöjdhet*). Det är inte självklart att det är kompetenser som i lika hög grad krävs av en teamledare när Hälsostödsinsatsen är mer etablerad eller integrerad i andra verksamheter, men här har teamledarna lyft detta som en utmaning för projektets genomförande, både vad gäller innehåll och produktionsmål.

I utvärderingsarbetet tolkar vi även denna del av intervjuerna som en hänvisning till programsammanhanget, som att den större organisationen behöver utveckla vägledning och organisatoriskt stöd när nya yrkeskategorier ska definieras och formuleras, så att det ansvaret inte förläggs till enskilda medarbetare. För det här projektets räkning är det tydligt att det har skapat stress i projektgruppen. När mycket tid har behövt avsättas för introduktion och handledning av nya medarbetare och handledningsstöd, har det påverkat deras arbetsmiljö men även deras möjlighet att lägga tid på HiS spridning.

Programtrohet och erbjuden programdos

En central aspekt av en processutvärdering är temat programtrohet. Inom detta hanteras programmets (Hälsostödets) planerade innehåll och om det har levererats i enlighet med ursprunglig idé. I den här analysen har detta integrerats med det tema som kallas 'erbjuden programdos'. Med erbjuden programdos avses om alla programmets komponenter, på ett likvärdigt sätt, har delgivits deltagarna liksom om det föreskrivna materialet har använts korrekt. Dessa två komponenter har integrerats eftersom teamen både är genomförare och en viktig del av Hälsostödets "terapeutiska dos".

När vi har studerat projektets huvuduppdrag är det nämligen tydligt att detta i hög grad handlar om att Hälsokommunikatörens förmåga att anpassa Hälsostödet efter respektive Hälsostödsgrupps behov, det vill säga trohet till programmets innehåll kan inte tydligt skiljas ifrån teamens kapacitet för flexibilitet (att göra relevanta val om "dos" för respektive grupp). Detta för att gruppsamtalets dialogform bygger på deras förmåga till följsamhet i förhållande till deltagarnas behov. Programtrohet betyder därför inte, så som brukligt är, att Hälsokommunikatörerna strikt ska följa samma upplägg i alla Hälsostödsgrupper, utan här ska snarare den programdos som erbjuds deltagarna anpassas så att den möter respektive grupps behov och förutsättningar.

Det resultat, som går att utläsa ifrån kvalitativa intervjuer, är att Hälsostödet har uppnått tillräcklig programtrohet med avseende på att teamen har följt instruktioner om dess innehåll och flexibla form. Som vi ska se nedan visar dock utvärderingen också att Hälsostödetets målsättningar skulle kunna preciseras för att möjliggöra en tydligare utvärdering av programtrohet, tydliggöra hur olika målsättningar bäst uppnås, om vissa målsättningar är högre prioriterade än andra samt vilken evidensgrund olika metoder och mål baseras på. Vidare rekommenderar även denna del av utvärderingen en ökad systematik kring rollbeskrivning, fortbildning och utveckling av Hälsostöds materialet, i syfte att stärka Hälsokommunikatören i rollen som ledare för ett målgruppsanpassat, kultursensitivt och hälsofrämjande gruppsamtal för potentiellt traumatiserade människor.

Balansgång mellan projektets olika syften och mål

När utvärderingens fokus har riktats mot temat programtrohet har en jämförelse gjorts mellan hur ett idealt genomförande skulle ha sett ut (se *Hälsostödet organisation, idé och innehåll*) och hur informanterna har beskrivit Hälsostödet. Vi har således jämfört innehållsinstruktionerna i *Gruppledarguide för Hälsostöd*, VGR:s Projektdirektiv och Projektplan samt SKL:s utbildningsmaterial med hur de intervjuade Hälsostödsdeltagarna och teamen har beskrivit genomförda Hälsostöd.

När det gäller de teman som har behandlats i Hälsostödet så ser vi en tydlig överensstämmelse med instruktionerna. I de delar av intervjuerna, där vi har identifierat meningsbärande enheter som berör Hälsostödsdeltagarnas upplevelse av gruppträffarnas innehåll, så finner vi dels att Hälsostödet har hållits i form av gruppsamtal och att det har innehållit de teman, som *Gruppledarguide för Hälsostöd* föreskriver, till exempel: akut sjukdom och dess vård; ANDT; stötta vänner; rådgivning på internet; hälso- och sjukvårdens organisering; fysisk aktivitet; hälsosam mat; mat i det nya hemlandet; stigma kring psykisk ohälsa; självhjälp vid stress; sömnritm; tandvårdens tillgänglighet; rätt till tolk. Vi ser också att träffarna har innehållit en del teman som *Gruppledarguide för Hälsostöd* inte tar upp, till exempel att man i Hälsostöd med ungdomar har pratat om ungdomsmottagningens roll, om preventivmedel samt kvinnors respektive mäns rättigheter i beslut kring abort.

Att Hälsostödet har innehållit sådana inslag som kan öka deltagarnas hälsolitteracitet, det vill säga konkreta fakta om hälsa och ohälsa, vad man kan göra själv liksom när och vart man bör söka professionell hjälp från hälso- och sjukvården, ser vi alltså i de kvalitativa intervjuer, som vi har genomfört. Att deltagarnas hälsolitteracitet även faktiskt har ökat visar den kvantitativa utvärderingen. Vi ser där också att deltagarnas psykiska hälsa har förbättrats under Hälsostödet och att effekten kvarstannat en tid efter (se *Resultat av kvantitativ utvärdering av Hälsostödetts effekter*).

HiS-programmet har dock inte haft sådana preciserade mål att utvärderingen har kunnat mäta om förändringens storlek är förväntat stor eller tillräcklig. Hur exakt programtrohet och programdos kan utvärderas beror alltså till viss del på hur specifikt definierade

programmets syften och mål är. Som vi såg ovan har HiS-programmet i VGR:s version både målsättningar om främjande av asylsökande och nyanländas psykiska hälsa och målsättningar om 'adekvata sökmönster' på 'rätt nivå. Då den kvantitativa effektutvärderingen visar att studiedeltagarna (helgrupp) efter Hälsostödet inte längre behöver utredas för psykisk ohälsa, men vare sig den kvalitativa eller kvantitativa utvärderingsdelen kan på samma tydliga sätt visa huruvida mål om adekvata sökmönster har uppnåtts. I processutvärderingen föreslås därför istället att VGR analyserar om dessa olika målsättningar självklart uppnås med samma metod och innehåll? Alternativt, vilken nivå inom dessa målområden man förväntar sig uppnå med hjälp av den relativt begränsade insatsen Hälsainformation och Hälsostöd?

Vi föreslår att man analyserar detta närmare när framtida integrering av HiS-programmet diskuteras, men även för att vi, i intervjuerna, har sett att projektmedarbetarnas bilder av Hälsostödets målsättningar varierar. Detta tycks också ha föranlett att man har olika bilder av hur genomförandet ska se ut, till exempel vilket innehåll i Hälsostödet som bör betonas, hur detta bäst läggs upp, inom vilken verksamhet det kan integreras liksom vilken fortbildning som är relevant för gruppledarna:

Du ställde frågan om syftet med Hälsostöd. [HK] och jag pratade just om detta och hen fick mig att se det på ett annat sätt. Jag har tänkt att det är att främja varje individ vi möter, den personen ska ... få verktyg att ta hand om sig själv så bra som möjligt i den situationen man är och skulle man bli utvisad från Sverige så har man ändå fått med sig några verktyg att hjälpa sig själv med eller så. Men [HK] menar att det inte är så enkelt, att vi kanske tänker att vi ska ge dem något specifikt men det kanske inte blir så. Märker vi att gruppen har ett annat behov, då får vi låta dem prata och sedan får det bli som det blir. Men vill du att jag ska göra något annat så gör jag något annat, säger hen till mig, för du är min chef. Men vad blir det av det då? Då har vi ju precis tappat alltihop! Då är det ju bättre att hen får känna av gruppen och så blir det förhoppningsvis ett bra Hälsostöd, men det bygger ju på att det är en person som har den förmågan, kan känna av gruppen.

Det [huvudsyftet med HS] är ju att hjälpa dem, våra målgrupper, asylsökande och nyanlända, att bli bättre att själva söka sin kunskap och förmåga att ta till sig våra system, och då pratar jag om hälso- och sjukvårdssystemet i första hand, för det är ju det som vi har i uppdrag. ... Det är det viktiga. ... [HK] tar ju en kuratorsfunktion som inte är beskriven ... det finns helt andra mål som är privata och personliga. ... Av mig får du en ganska platt: Vi har en målgrupp. Vi ska jobba med att de blir bättre på att hitta vård och de ska också ha kunskap om sin egen hälsa. Punkt.

Målsättningen ... tydlighet och information om vad man har man runt omkring sig, för att underlätta på den nya platsen man är på och sedan att också kunna ge dem stöd gällande psykisk hälsa. ... Hur man ska göra om man blir sjuk och vilket stöd man kan få, vilka möjligheter det finns, det var ju ett område för att kunna komma till nästa steg: för att kunna söka hjälp för psykiska hälsa.

En förklaring till variationen i målbilder kan vara att olika projektmedarbetare använder de olika Hälsostödsunderlagen (till exempel Gruppledarguiden jämfört med Projektdirektivet) på olika sätt. Det faktum att teamen dagligen förhåller sig till SKL:s material och Gruppledarguiden, där det hälsofrämjande samtalet betonas, skulle till exempel kunna innebära att VGR:s målsättningar om sökmönster hamnar i skymundan. Då en stor del av informanterna uttrycker oro inför det man upplever som en otydlighet i uppdraget, att ”varje team gör lite som”, och att de även beskriver ett behov av förtydligande kring projektets målsättningar drar vi slutsatsen att detta behöver diskuteras närmare.

Ett konkret exempel på att olikheterna i målbild genererar olika bilder av Hälsostödets innehåll är att vissa Hälsokommunikatörer menar att integrering av Hälsostödet i till exempel SFI innebär att det öppna samtalet bör tonas ned, eftersom ”dom ska ju träffas sen, varje dag ... och då känner dom andra till ens svagheter”. Ett annat exempel är att tankar om vilken fortbildning som ska prioriteras påverkas av om Hälsokommunikatörerna i första hand ska träna deltagarna i ’adekvata sökmönster’ eller om de ska stötta dem i att berätta om och hantera traumatiska upplevelser. Här vill vi därför rekommendera att projektmedarbetarna tillsammans diskuterar målsättningarna, dels med utgångspunkt i HiS-programmets underlag och den forskning, som till exempel nämns här om psykoedukativa gruppprocesser (se *Hälsofrämjande grupper: social trygghet för psykisk hälsa*).

Om VGR prioriterar målsättningar om asylsökande och nyanländas mer adekvata sökmönster i hälso- och sjukvården, så kan rekommenderas att det innehållet i HiS-programmet utvecklas och förstärks. Några Hälsokommunikatörer har till exempel föreslagit att Hälsoinformationen skulle kunna utökas till två tillfällen, då de menar att många deltagare (särskilt de med lägre utbildningsnivå) behöver ställa frågor och få mer detaljerade förklaringar om de ska lära sig tillräckligt mycket om till exempel hälso- och sjukvårdssystemet för att ändra sitt sökbeteende. En del av Hälsokommunikatörerna har även utvecklat Hälsostödsinformationen om hur man korrekt ska söka i hälso- och sjukvården, ett material som VGR skulle kunna ta del av.

En rekommendation är således att man diskuterar en eventuell rangordning av målsättningarna för projektet, men framförallt att man inom projektgruppen förtydligar hur de olika HiS-inslagen är tänkta att stödja olika typer av mål. Viktigt att beakta vid ett eventuellt utvecklingsarbete är dock att just Hälsostödets evidensgrund är kopplat till SKL:s upplägg, det vill säga ett upplägg vars huvudfokus är gruppsamtalets potential för personer med lindrigare psykisk ohälsa. Det innebär att eventuella förändringar i innehåll, mål och upplägg behöver prövas i förhållande till annan evidens än den som anges i till exempel SKL:s slutrapport för Hälsa i Sverige (SKL 2017; Potivn m.fl. 2011).

Följsamhet och ambivalens i Hälsokommunikatörsrollen

Utvärderingen av programtrohet och programdos kompliceras även av Hälsostödets dialogform och direktiven om följsamhet till gruppdeltagarnas behov. Gruppledarens förmåga till följsamhet och flexibilitet har i tidigare forskning konstaterats vara avgörande för att hälsofrämjande insatser med fokus på psykisk hälsa ska vara framgångsrika (Murray m.fl. 2010; Mitschke m.fl. 2017). Flera exempel ifrån intervjuerna visar att Hälsokommunikatörerna har anammat denna aspekt av uppdraget. I och med att programmets underliggande evidensgrund är gruppsamtalets hälsofrämjande potential (SKL 2017), så tolkar utvärderingen variationen i gruppträffarnas samtalsfokus som ett tecken på programtrohet:

När jag ska prata med en asylsökande som har jättemycket problem och har fått avslag två gånger - det är väldigt mörkt i hans liv – då kan jag inte sitta och prata om kost. Han vill inte prata om det, han vill prata om vad som ska hända med honom. Så är det på varje träff. ... Vi ger dem ett ämne, men vi följer dem dit deras samtal tar oss.

Jag har pärmen, men jag kan inte följa den för det skulle inte fungera. Så jag har gjort eget material för olika grupper, för ungdomar, för inte läskunniga, för utbildade, högutbildade. ... Vi presenterar ämnena för deltagarna, de får välja det de är intresserade av. ... Om de är intresserade av andra ämnen, så vi lägger vi till ett tillfälle, så blir det sex eller sju träffar. ... Vi följer deras önskemål. ... För dem som inte kan läsa gör jag en power point ... med bilder. ... Jag har gjort ett bildpussel ... till exempel om vi pratar om stress ... så visar jag en bild på en krokodil som har en öppen mun ... och sen visar jag en bild på en man som står framför Migrationsverket ... och så får de prata om vad de har för känslor, vad de tänker om det.

Och många har fått avslag från Migrationsverket. När jag frågar dem om sömn, stress, om att äta mat regelbundet - de där sakerna som finns i materialet - ja, då svarar de att ”Jag hade mycket problem i mitt hemland ... Jag har väntat i två år, nu har jag fått avslag och jag vet inte vad jag ska göra. Jag kan inte sova på natten. Jag vill inte äta. Jag är deprimerad och stressad, för att jag har fått avslag.” ... Egentligen är det så att vi inte får prata om politik ... om Migrationsverket, men deltagarna relaterar alla ämnen till Migrationsverket eller till asylprocessen. ... Om de pratar från hjärtat och säger ... ”Jag kunde inte bevisa för Migrationsverket att jag hade rätt att få stanna här i Sverige” och de tänker mycket på det, var de ska vända sig i framtiden. I så fall så måste jag lyssna på dem. När de börjar prata själva ... då säger jag inte ”Stopp! Det där är ingenting som vi får prata om!”.

Citaten visar att Hälsokommunikatörerna kan behöva göra avsteg ifrån de teman, som *Gruppledarguide för Hälsostöd* anger. Då tidigare forskning har betonat gruppledarens kompetens, det vill säga hans förmåga att skapa ett förtroendeingivande samtalsklimat och ett konstruktivt samtal som en framgångsfaktor för psykoedukativa insatser (Bunn m.fl. 2016), visar citaten också att Hälsokommunikatören har en nyckelroll för Hälsostödets effekt. När det terapeutiska gruppsamtalet betraktas som Hälsostödets kärna framträder dialogformen som en avgörande komponent och utvärderingen rekommenderar därför att projektgruppen återkommande arbetar med frågor om vad som krävs för att den öppna

dialogformen ska skapa den sociala trygghet och tillit som verkar hälsofrämjande för Hälsostödsdeltagarna. Vi vill till exempel ställa frågan om det kan behövas särskilda insatser för att Hälsostödsdeltagarna ska känna sig bekväma med gruppsamtalsformen, lita till att ”det som sägs här stannar här” och så vidare? En fråga som forskningen inte lyfter är nämligen Hälsostödsdeltagarnas egen förmåga till följsamhet. Vi ska nedan närmare diskutera Hälsokommunikatörernas förhållningssätt till fenomenet handledning, det vill säga till att sitta i grupp eller enskilt och prata om sina problem, men det kan också vara relevant att diskutera i vilken grad det passar alla asylsökande och nyanlända (se *Programmottagande och nöjdhet*).

En av de aspekter av följsamhet, som ställt stora krav på Hälsokommunikatörernas initiativkraft och pedagogiska kompetens, är deltagarnas olika utbildningsbakgrund. När en del deltagare behöver mer utvecklad information, samtidigt som andra tycker att materialets information är för basal, ställer det stora krav på Hälsokommunikatörens förmåga att tillgodose olika gruppdeltagares behov men också på att hålla samman gruppen. Alltför olika utbildningsnivå inom en grupp har beskrivits som en utmaning för den gemenskap, som är viktig för Hälsostödetts tillitsfulla samtal:

När vi börjar prata om hur flykten påverkar hälsa, alltså... även om jag använder lätta ord så förstår de inte vad som menas med hälsa, men de andra vet vad det betyder. ... Speciellt på Hälsoinformation, då märker jag att de inte förstår vad jag pratar om ... även om det är på deras språk. Men de andra, de sitter bara där och blir trötta av att man upprepar och upprepar. .. och när jag frågar om de förstår så svarar dom 'Ja, jag förstår, jag förstår.' Men, de hänger inte med. Så vi har delat på grupperna.

Även då själva Hälsostödsgruppen är internt homogen med avseende på utbildningsnivå, har det ställt krav på teamens förmåga till anpassning. De ha därför (på eget initiativ) utarbetat olika typer av material och de har utvecklat olika pedagogiska strategier för att möta de specifika deltagargruppernas nivå och behov:

Vi träffar en del personer som inte har någon formell utbildning alls. Dom har inte den här typen av djupt tänkande om stress och andra sådana saker, så vi måste förklara allting väldigt noga: steg-för-steg. Jag förklarar 'När du känner så här... så betyder det...'. När jag ska beskriva vad depression är måste jag förklara väldigt mycket, för symtomen är inte entydiga eller tydliga. Och personen måste själv kunna komma fram till om han är deprimerad, för jag är inte läkare. Jag har inte tillåtelse att säga det. De måste själva komma fram till att de behöver hjälp.

Jag börjar inte så [till personer med låg utbildning] 'Vet ni vad depression är?' Jag säger 'Är det någon som har svårt att sova? Som inte vill äta? Som inte skrattar på dagen eller när ni är på en fest, när ni lyssnar på musik? Är det någon som är mer glad, men en annan som alltid stannar hemma, som vill vara i ett mörkt rum?' Då berättar de. ... Det är på ett sätt ny kunskap, även om de har haft det så hela livet. ... De har vuxit upp med krig och svårigheter, de har varit ledsna, frustrerade ... så kanske tänker de att livet är så. Men jag berättar att när de är ledsna, vill sitta i ett mörkt rum, vill inte prata med andra, vill inte äta mat, när ni sover för lite – det är symtom på

psykisk ohälsa. Ni kan försöka motionera, promenera. ... Och om det fortsätter kan ni vända er till Vårdcentralen och få hjälp.

Betydelsen av utbildningsnivå, som en faktor för flexibilitet och deltagarnas möjlighet att ta emot HälsoStödets innehåll, beskrivs i den kvantitativa delen av utvärderingen (se *Resultat av kvantitativ utvärdering av HälsoStödets effekter*), men lyfts alltså även i de kvalitativa intervjuerna. Citaten ovan ger exempel på att en förutsättning för Hälsokommunikatörens följsamhet är att även HälsoStöds materialet är följsamt, det vill säga att det till exempel fungerar i förhållande till deltagares olika utbildningsnivå.

I HiS-projektet har Hälsokommunikatörernas egen bakgrund som asylsökande och nyanlända beskrivits som en resurs för följsamheten och förmågan att skapa ett bra gruppsamtal (SKL 2018c). När detta diskuterats av HälsoStödsdeltagarna har de särskilt betonat den gemensamma erfarenheten av flyktingskapet, som viktig för tillit och inlevelseförmåga:

137: Det är viktigt att Hälsokommunikatören talar samma språk som oss, men det räcker inte. Det behöver också vara en person som förstår situationen, hur det är att vara flykting, som förstår det lidandet.

144: Jag tycker att det är bra om Hälsokommunikatören har samma bakgrund som oss, till exempel känner till hur svårt det är med flykten. Att de förstår om jag säger att jag känner stress ... att de känner empati och förstår vad vi har varit med om.

Ett annat namn för Hälsokommunikatörer är Kulturtolk (se till exempel HiS Projektplan). I samband med att benämningen Kulturtolk används beskrivs just detta, att asylsökande och nyanlända behöver träffa en person som förstår dem, inte bara språkligt utan även erfarenhetsmässigt, kulturellt. I SKL-seminariet *Nyanlända som resurs* (2018c), som ingår i utbildningsmaterialet för HiS-programmet, framhålls detta till och med som en fastslagen rätt, då Sverige genom undertecknande av WHO:s *Strategiska plan för flyktingars och migranternas hälsa* (2016) har förbundit sig att tillgodose ”rätten till målgruppsanpassad, kultursensitiv hälsokommunikation” (SKL 2018c: 1.12.21).

Exempel på det man skulle kunna kalla kultursensitivitet och även effekt av detta har nämnts av Hälsokommunikatörerna. Till exempel att den ger insikt om att tolkning av hälsofrågor skiljer sig åt mellan den svenska och hemlandets, och effekten att det kan vara lättare att ställa kritiska frågor om det nya hemlandet till någon som också är ny i landet:

Eftersom jag också är flykting ... så förstår jag deras lidande, vad deras problem är. ... Hur det känns att vara 'det svarta fåret', den som är annorlunda.

Det finns lite tips i materialet men det förklarar som en svensk hade gjort. ... Vi kan förklara mer ... vad man behöver betona för personer som har vår bakgrund. ... Problemet är att i vår kultur så ser man inte stress som något allvarligt. Vi ser inte det som kopplat till problem, för vi är vana vid det. ... Jag vaknar med stress, mitt liv är fyllt av stress. Det är så livet är. Man tänker

inte att det har en koppling till sjukdom eller något som man ska behandla, ha strategier för ... Strategin är att man fixar problemet. När de berättar att de tappar kontrollen, humöret, så kan vi förklara att det beror på stressen och ge råd om hur man kan hantera stress. ... Vi träffade till exempel en kvinna som var mycket stressad över sin intervju med Migrationsverket. Hon var rädd att hon inte skulle kunna beskriva på ett bra sätt varför hon har kommit till Sverige. ... Du förstår, man får vänta länge på sin intervju och har bara en chans. ... Hon var rädd att stressen skulle göra att hon missade att berätta en del saker. ... Så jag sa till henne att hon kunde skriva ner sin historia vid något tillfälle när hon kände sig lugn och sedan ta med sig till exempel till intervjun. Och sedan hänvisade vi henne till en psykolog ... och hon gick faktiskt till Vårdcentralen.

Folk vågar prata, utan rädsla ... Det är många deltagare som är rädda, stressade, sömnproblem, kostproblem, som inte vågar gå ut och göra saker på grund av socialtjänsten. ... De mår dåligt för att de tror att här i Sverige, tar de invandrades barn, de vill bara ta våra barn. ... Jag har förklarat att det är olagligt [att slå sina barn] och att man kan lära sig hur man kan prata med barnet. ... Jag har pratat med några mammor som mår dåligt psykiskt efter flykten och som var rädda för att söka sjukvård. 'Tänk om jag söker psykiatrin, så kommer de att ta mitt barn'. Då har jag har förklarat att de inte kommer att ta ditt barn, om inte ditt barn far illa. Du har också rätt att må dåligt och få hjälp.

För att sådan 'målgruppsanpassad' och 'kultursensitiv' hälsoinformation ska kunna äga rum framstår det gemensamma språket som nödvändigt, men den är alltså även viktig för dialogformen, det vill säga för att också deltagarna ska kunna vara engagerade i samtalet och ställa detaljerade frågor om de teman som Hälsostödet tar upp. Citat och resonemang ovan pekar återigen på HiS-projektets komplexitet, här särskilt i förhållande till Hälsokommunikatörens roll för måluppfyllelse. Det är lätt att föreställa sig att det krävs en ganska hög grad av kompetens för att kunna anpassa sig till och leda så olika gruppkonstellationer i samtal om komplexa, ibland tabubelagda och potentiellt konfliktskapande teman.

Forskargruppen har, återkommande under utvärderingsuppdraget, noterat Hälsokommunikatörernas engagemang för uppdraget. Deras kreativitet och kapacitet att fånga upp och möta deltagarna framstår som avgörande för att interventionen har varit så pass framgångsrik, trots ovan beskrivna uppstartsproblem. Då man inte kan ta för givet att nya Hälsokommunikatörer har samma kapacitet och engagemang rekommenderar vi ett utökat systematiskt stöd för teamen vad gäller hur det hälsofrämjande i gruppsamtalen säkerställs liksom vilka delar ("doser") av Hälsostödet som kan tillåtas hamna i skymundan till förmån för gruppdeltagarnas egna berättelser. Detta för att vi, när vi har analyserat intervjumaterialet, ser att mycket ansvar för följsamhet och hälsofrämjande dialogform är förlagt till den enskilda Hälsokommunikatören. Vi vill därför återigen lyfta frågan om vad en högre av samordning på projektnivå skulle kunna bidra med, till exempel vad gäller SKL-materialets utveckling, systematik kring fortbildning och så vidare.

Programmottagande och nöjdhet

Inom temat programmottagande (ibland även benämnt som erhållen dos och räckvidd) undersöks vanligen i vilken utsträckning målgruppen har nåtts och närvarat vid programmets alla moment och om de har använt sig av de kunskaper, som de har fått sig till del genom interventionen. Vi har här inte integrerat till exempel VGR.s kvantitativa data rörande närvaro vid gruppträffarna och jämfört dessa med övergripande statistik över de asylsökande, nyanlända och papperslösa som vistas i regionen. I den kvalitativa processutvärderingen återger vi istället informanternas subjektiva uppfattningar om räckvidd. Även deltagarnas nöjdhet med HiS-programmet och på vilket sätt de har uttryckt detta återges med utgångspunkt i det som har framkommit i de kvalitativa intervjuerna. Denna del kan dock också förstås i förhållande till delar av effektutvärderingen (se till exempel *Generell upplevelse av förändring i hälsa*).

Det vi framförallt har fokuserat på inom det här huvudtemat är de strategier som teamen – särskilt Hälsokommunikatörerna – har antagit för att öka målgruppens möjlighet att ta emot programmet. Vi har analyserat de strategier som teamen har antagit för att den diversifierade målgruppen (trots ett universellt, standardiserat material) ska kunna få ut mesta möjliga av Hälsostödet. Här utvecklas därför ytterligare diskussionen om de behov av flexibilitet i material och ansats som variation inom målgruppen ställer på teamens arbete.

En utmaning, som vi har identifierat i den här utvärderingsdelen, är kopplad till Hälsostödets ”konsult-karaktär”, det vill säga att det inte har en egen hemvist utan att teamen har fått sälja in detta till andra verksamheter. En annan utmaning är målgruppens diversitet och de krav (för framgång) som detta har ställt på Hälsokommunikatörernas anpassning av Hälsostödet. För den först nämnda utmaningen rekommenderar vi att man integrerar frågan om uppdragets hemvist med analys av målsättningarna (se *Balansgång mellan projektets syften och mål*). För den andra rekommenderar utvärderingen fortsatt uppföljning för att spåra beteendeförändring (till exempel vad gäller Hälsostödsdeltagandes vårdsökande).

Framförallt rekommenderas dock ett tydligare system för att kartlägga de delar av målgruppen som finns inom ett specifikt geografiskt område/värd-verksamhet så att relevant upplägg kan formuleras och asylsökande med svårare psykisk ohälsa kan identifieras och hänvisas vidare till adekvata vårdinstanser. Utvärderingen rekommenderar även ett utökat och mer genomarbetat handledarstöd för Hälsokommunikatörerna, till exempel att detta formuleras i samklang med för motsvarande yrkesgruppers handledningsstöd och att en omvärldsanalys (programsammanhangets betydelse) rutinmässigt vägs in i VGR-projekts Riskanalys etcetera.

Strategier för en diversifierad målgrupps mottagande och nöjdhet

Vi har, som nämns ovan, inte haft tillgång till sådan information som hade möjliggjort en utvärdering av hur många, hur stor del och så vidare av den tänkta målgruppen som har nåtts av Hälsostödet. Det vi vet, utifrån intervjuerna, är att respektive team har arbetat ganska självständigt med strategier för spridning, till exempel med att identifiera verksamheter inom sitt geografiska område där Hälsostöd kan hållas. Vi lyfter därför återigen frågan om övergripande strategier för och samordning av projektarbetet, här spridningen, i högre grad skulle kunna formuleras av projektledning och teamen tillsammans? Ett sådant arbete skulle kunna inkludera en systematisk analys av vilka grupper som man för närvarande når/inte når, om det finns särskilt prioriterade grupper och så vidare. Förutom att det naturligtvis är angeläget att så många som möjligt nås av insatsen, visar utvärderingen att både teamen och Hälsostödsdeltagare uttrycker att fler skulle vilja delta i Hälsostödet, men att alla inte har möjlighet. Utifrån deras kommentarer kan vi dra slutsatsen att spridningen av Hälsostödet verkar utmanas av både strukturella faktorer och flyktinggruppernas olika situation:

Vi har ju 49 kommuner. Det är en faktor som man måste ta med ... För det är som 49 suveräna stater, med väldigt lite samordning på regional nivå ... En kommun kan säga 'Nej, vi har inte tid.' ... Det vetot har de. ... Uddevalla släppte in oss och har gjort Hälsostödet till en del av deras utökade obligatoriska program, medan i Skaraborg kom vi inte fram. De ville inte ens höra vår idé.

34: Den här kursen var mycket bra. Många av våra kompisar vill gärna vara med, men de har inte tillåtits komma hit för kommunen.

37: Många vill komma till Hälsostödet men de har inte kunnat på grund av andra obligatoriska aktiviteter.

Det finns verkligen många som vi inte når, eftersom de inte är placerade någonstans eller deras tider passar inte ihop med vår tid eller vi har inte en lokal att bjuda in dem till. Många asylsökande i kyrkor, gömda papperslösa. Vi vet att de finns, vi känner till dem ... men det finns ingen lokal och tid för dem, så vi når dem inte ... De kommer från Iran ... Eritrea... Somalia.

Förutom spridning till deltagare är det brukligt att inom det här temat undersöka om deltagarna har tagit emot programmets budskap i sådan grad att det har ändrat ett beteende. I den kvantitativa utvärderingsdelen har vi undersökt detta i förhållande till hur man söker hälso- och sjukvård (se *Analyser av förändrad hälsolitteracitet*). I intervjuerna med Hälsostödsdeltagare ser vi också exempel på en del deltagares programmottagande kan ha lett till en förändrad kunskap, som potentiellt skulle kunna leda till beteendeförändringar:

82: Det har bland annat handlat om fysisk aktivitet. Jag idrottar väldigt mycket mer nu. När det gäller hemmiljön så motiverar jag min fru att hon ska röra på sig mer, idrotta mer.

94: Mina barn kan vara uppe länge och har svårt att somna, men jag har lärt mig att de måste vara mer aktiva för att bli trötta. Det har fungerat för både dem och mig. Min tonårsson är trött när han kommer från skolan och vill sova då, men jag försöker förklara att det inte är bra.

108: Hälsokommunikatören har förklarat hur man kan kontakta Vårdcentralen och, om det inte finns någon tid, så finns det en websida 1177, hur man kan få träffa en doktor eller sköterska utan att gå till Vårdcentralen. Förut gick vi nästan direkt till Vårdcentralen, men nu har vi lärt oss att vi kan boka tid på internet, använda 1177. Det har varit en väldigt användbar kunskap.

121: I början av träffarna hade vi en negativ inställning till sånt [psykologer och psykisk ohälsa], men nu känner vi att de inte är farliga, utan att man kan gå dit och prata.

Ovan nämndes att Hälsokommunikatörernas egen bakgrund, som till exempel asylsökande, är viktig för att potentiella deltagares tillit. Tilliten är inte bara viktig för det förtroendefulla samtalet, för att deltagare ska våga ställa frågor. Den kan också vara viktig för att målgruppen alls ska delta i Hälsostödet. Asylsökande och nyanlända är ofta svåra att rekrytera till den här typen av insatser, vilket många kommunala verksamheter kan vittna om. Hälsokommunikatörerna beskriver dock att Hälsostödet har fångat upp personer som har bott länge i Sverige, med uppehållstillstånd, och som också – trots att de har vistats i Sverige under en längre tid – har uttryckt ett behov av Hälsoinformation och Hälsostöd. I en del fall har dessa kanske deltagit i tidigare insatser, men då inte fått information på hemspråket och därför inte riktigt förstått budskapet (och därför kanske inte lett till önskad beteendeförändring). I andra fall har man helt enkelt behov av upprepad information, olika information i olika faser av integrationsprocessen eller särskilt riktad sådan:

En del kanske har varit här i flera år och fått informationen på svenska, men de sa till mig 'En lärare pratade om det, men det var på svenska och vi förstod ingenting. Nu när du pratar om Vitamin D till exempel, om stress, då förstår vi vad du menar. Nu förstår vi vad som händer.'

De [har varit här länge men] kommer från ett land där man alltid har färsk mat och då har man inte kunskap om hur man ska göra med mat som kan förvaras i frys eller kylskåp. ... De behöver också mer kunskap om socker, att till exempel läsk inte är bra för hälsan. ... Innan drack de det varje dag för de trodde det var bra för hälsan, men nu vet de att det är bättre att undvika socker. ... Även när det gäller hälso- och sjukvården, hur man bokar tid, vart man ska vända sig. ... Hur man kan ta hand om sig själv när man känner sig ledsen ... Om man blir ag på sin fru eller sin man, vad man kan göra för att slappna av. ... Alla förväntningar som man har på vad som ska hända, att det tar lång tid att få uppehållstillstånd, att det är jättesvårt att lära sig språket, att det är svårt att hitta jobb i Sverige. Det ger mycket stress.

Förutom språkkunskapen och den ökade möjligheten till inlevelse och tillitsbyggande kan alltså Hälsokommunikatörernas personliga nätverk och kunskap om hur rekryteringsstrategier behöver anpassas för att väcka intresse för Hälsostödet vara viktiga för programmets spridning.

Ytterligare en aspekt av programtagande, som kort nämndes ovan, är deltagarnas förmåga att ta till sig själva formen för Hälsostödet. Vi ser exempel nedan på att de med en svårare problematik avvisar idén om det hälsofrämjande i gruppsamtalet, men vi har också – i intervjuerna – exempel på att det organiserade gruppsamtalet beskrivs som väl fungerande av en del:

95: Ja, jag har ju känt mycket respons, var och en började berätta om sina bekymmer och sin oro och sånt. Vi har ett ordspråk som säger att ”När man upplever andras katastrof, så minskar ens egen katastrof.”

128: Det är bra att man träffas i grupp och pratar tillsammans. När man är ensam hemma har man inte någon att prata med, men på Hälsostödet så kan man prata med varandra så att man mår bättre.

Inom frågan om Hälsostödsdeltagarnas möjlighet att ta till sig interventionens innehåll ryms också diskussionen om hur grupper bör delas in för att ett bra samtal ska komma till stånd. För Hälsoinformation och Hälsostödet har hemspråket varit vägledande. Hälsokommunikatörer har i huvudsak anställts för att täcka in de språkgrupper, som idag dominerar målgruppen, det vill säga framförallt dari, arabiska, somaliska och i viss mån persiska. Enstaka Hälsostöd har hållits på tigrinja (med tolk), men arabiska och dari-grupper har dominerat tillsammans med grupper för somalisktalande. Bland de Hälsostödsdeltagare, som vi har intervjuat, har alla framhållit språket som en mycket viktig aspekt av en positiv Hälsostödsupplevelse. Av de som har lyft andra önskemål är det främst ungdomar som har påpekat att det ibland – förutom språkbakgrund – kan vara viktigt att ta hänsyn till ålder och kön vid gruppindelning:

135: Om det gick att ordna med olika grupper för tjejer och killar, så skulle man våga prata om sex. Han vågade inte ställa en fråga, eftersom tjejer var med. Om det var olika grupper kanske han hade vågat fråga.

155: Man kanske kan ha en gruppering utifrån ålder. Inte om det handlar om två, tre år, men yngre och äldre kan ha olika perspektiv och frågor om livet.

Den bakgrundsfaktor, som – i både intervjuer och enkäter – har visat sig ha allra störst betydelse för att grupperna ska fungera och Hälsostödet kunna tas emot på ett bra sätt är Asylstatus. I den kvantitativa utvärderingen ser vi att asylsökande både före och efter Hälsostödet ligger över det gränsvärde, som indikerar att det finns behov av vidare utredning för psykisk ohälsa (se Tabell 3, *Analyser av förändring i psykisk hälsa*). I de kvalitativa intervjuerna ser vi likaledes att asylsökande beskriver att deras behov är större än vad Hälsostödet kan avhjälpa. Denna grupp uttrycker också missnöje med Hälsostödet, med hänvisning just till att deras problem är större, mer omfattande, än vad Hälsostödet kan hantera:

14: Det är klart att våra problem är större än sömn. Om du inte har någonstans att sova, bo. Det löser man inte med nyttig mat.

28: Jag tänker på relationen mellan migrationspolitiken och hälsotillståndet. Jag bor i en lägenhet tillsammans med sex andra, ifrån sex olika länder, med

sex olika matvanor och en kanske vill sova, en vill inte sova. Allt det skapar stress i en lägenhet som är för en eller två personer, men där det bor sex personer.

33: Mitt barn är väldigt stressat Hon går till skolan, men så fort hon kommer hem ligger hon i sitt rum och gråter och biter på naglarna. I en sådan situation hjälper inte Hälsostödet. ... Även om jag tar en promenad, så tänker jag på mina barn, varför de är stressade, varför ingen hjälper dem. Då blir det så här att jag tappar motiveringen till livet, jag blir väldigt trött.

40: När man inte blir förstörd när man kommer hit är det som psykisk misshandel. Man känner sig som ett hus som rasar ner och som man sen ska börja från början och bygga upp det.

43: Ja, vi vill fortsätta med Hälsostödet, men att prata hjälper inte. Mitt önskemål är att de ska hjälpa oss med det vi behöver få hjälp med. Jag behöver besöka en läkare, få behandling (jag har haft problem i två år), men om du vill sitta här och prata om att vi ska ta promenader och inte dricka kaffe och så här, då tycker jag att det är onödigt. Det vet vi redan.

80: Vi pratar om hälsa, men inte om Migrationsverket eller andra saker. Jag har problem men det hjälper inte om jag säger det till dig eller någon annan för ni kan inte hjälpa med det.

Hälsokommunikatörerna kommenterar, på ett liknande sätt, att asylsökande, som har mycket oro inför framtiden och stora problem, är svåra att nå fram till:

Min grupp [asylsökande] är känsligare för de vet ingenting om framtiden. De vet inte om de får stanna eller om de måste lämna landet. ... De flesta har fått avslag en eller två gånger och de har väntat länge ... Så de mår sämre.

Om vi tittar på asylsökande från Afghanistan, det har varit väldigt svårt att möta dem. Det är en grupp som kanske har varit i Sverige i tre år ... Ofta är de så uppgivna ... och deras största psykiska ohälsa är kanske inte på grund av flyktningbakgrunden, utan på grund av den här ovissheten och väntan och den svenska lagstiftningen. ... Den gruppen som fortfarande inte har uppehållstillstånd är väldigt svåra att möta, för de är uppgivna, deprimerade, oftast så bryr de sig inte om någonting. De vill inte åka tillbaka, de dör hellre... Och att möta dem när deras största behov inte möts [av Hälsostödet] det är ju lite svårare... De behöver ju bara få besked, de vill ju bara få stanna.

[Asylsökande] Hälsostödsdeltagare är intresserade av hur flykten påverkar hälsan, stress, men tobak alkohol och droger är de inte intresserade av. ... Vi pratar om hur de hade det innan och den process som är nu, de svårigheter de har här. ... De skulle kunna prata om det i 10 timmar, och särskilt om de svårigheter som finns här i Sverige. Om språket, om Vårdcentralen, om att inte få jobba. Det är det som påverkar deras hälsa, att de inte vet vad som ska hända i framtiden.

Utifrån de sammanlagda resultaten från utvärderingens kvalitativa och kvantitativa delar drar vi slutsatsen att en stor del av de asylsökande, som deltar i Hälsostödet, förmodligen inte borde göra det, eftersom de inte tillhör målgruppen (som har ”lindrig psykisk ohälsa”, *Gruppledarguide för Hälsostödet*).

Här ser vi en av de största utmaningarna för Hälsostödet, så som det är organiserat idag: Även om SKL har specificerat att Hälsostödet riktar sig till personer med lindrig psykisk ohälsa har vi inte kunnat identifiera (i projektmaterialen) riktlinjer för hur Hälsokommunikatörerna ska kunna skilja ut de som har svårare former av psykisk ohälsa. Någon screening, före respektive Hälsostödsgrupp startar, verkar inte göras. En fara i detta är att en del Hälsostödsdeltagare därför kan ha en sådan nivå av psykisk ohälsa att deras deltagande inte är lämpligt, vare sig med tanke på övriga deltagares möjlighet att tillgodogöra sig Hälsostödet eller Hälsokommunikatörernas arbetsmiljö. Den anpassning – flexibilitet – som skulle krävas för att möta dessa deltagares behov skulle vara så omfattande att Hälsostödet då inte längre skulle klassas som ett samtalsstöd vid lindrig psykisk ohälsa.

I organisationen finns viss beredskap för att ta hand om Hälsostödsdeltagare med mer allvarliga symtom, men vi efterlyser än mer utarbetade rutiner för detta. Det finns till exempel hänvisningsbrev till Vårdcentral, men vi har inte kunnat identifiera systematiska rutiner för och uppföljning kring hur och när dessa används. Vi uppfattar det som mycket viktigt att Hälsokommunikatörerna får en strukturell stöttning i den delen av sitt arbete, bland annat med hänvisning till följande berättelser:

Hälsostödet passar inte för alla. De som jag har i min grupp just nu... jag borde hänvisa minst fem stycken till en psykolog. ... Två av dem pratar om att ta sina liv, men jag är inte psykolog, så jag är inte säker att de verkligen menar det ... men de andra tre, de behöver verkligen träffa psykolog. ... En kille, han äter ingenting ... han orkar ingenting, han pratar inte... Jag har försökt säga till honom att gå till BUP ... Hälsostödet är liksom en ram, där deltagarnas hälsa kanske ligger inom ramen eller utanför, men vi kan inte göra någonting. Vi kan uppmuntra dem... Men vi kan inte hjälpa dem.

Den svåraste delen, vet du vad det är? Det är att du inte kan hjälpa dem. Du kan inte ge dem någon lösning. Du lyssnar, men när hon slutar att prata, då har du ingenting att säga ... Så jag samlade i alla fall ihop kläder, lite saker ... för jag tänkte att jag kanske kan ge lite från mig själv. ... Hälsostödet fungerar inte för asylsökande. De har ingen framtid. ... Jag kan inte sitta och prata om matlust eller fysisk aktivitet, det fungerar inte. Hen säger till mig 'Vad säger du? Jag fick fly från mitt land, jag har inget land att åka tillbaka till och du säger till mig hur många grönsaker ska jag äta! Det är slöseri med tid att komma hit. Du kan inte göra någonting för oss.'

Det är alltså en rekommendation från utvärderingen att projektledningen ser över möjligheten att tydliggöra rutiner för hur de som har svårare former av psykisk ohälsa ska kunna identifieras och hänvisas vidare. Detta skulle också möta rekommendationerna i SKL:s slutrapport för HiS (SKL, 2017), där exempel ges på hur tecken på depressiva symtom, som upptäckts inom projektet, kan följas upp:

Om arbetssätt i primärvården vid depression

- Vid lätta depressiva symtom erbjuda utbildning i egenvård och uppföljning för att bedöma utveckling
- Vid medelsvåra till svåra symtom använda en "stepped-care" modell där man startar med psykoedukation och antidepressiv medicinering, tät uppföljning och rådgivning anpassad till den kulturella kontexten
- Om det finns tillgång till adekvat behandling mot depression (se bl.a. Socialstyrelsens riktlinjer) kan initial bedömning rekommenderas med både systematisk klinisk intervju och bedömning/självskattningsinstrument såsom PHQ-9 eller motsvarande instrument (översatt och validerat för målgruppen)
- Personer med depression kan ofta själva rapportera somatiska symtom såsom trötthet, smärta etc. Vid misstanke om depressionsdiagnos se till att patienten får en säkerställd kontakt för att påbörja behandling.
- En systematisk bedömning av förluster, stressorer och symtom är av vikt för att skapa en god klinisk helhetsbild (SKL, 2017, s. 72)

En förutsättning för att arbeta med screening är dock att det finns verksamheter som tar emot de som behöver hjälp, oavsett om dessa är papperslösa, asylsökande eller har fått uppehållstillstånd.

Sammanfattningsvis kan vi se, i de kvalitativa intervjuerna, att temat programmottagande och nöjdhet i hög grad samlar diskussioner om deltagarnas asylstatus och utbildningsnivå. Dessa två faktorer förefaller vara mest avgörande för deltagarnas möjlighet att ta emot Hälsostödet, för respektive Hälsostödsgrupps karaktär och de är därmed drivande för Hälsokommunikatörernas strategier kring flexibilitet och följsamhet. Vi tolkar därför också dessa två bakgrundsfaktorer som potentiella utmaningar för det universellt formulerade Hälsostödsprogrammets. Och vi rekommenderar att projektet i högre grad utvecklar strategier för hur Hälsoinformation och Hälsostöd kan anpassas för att möta olikheter hos målgruppen, det vill säga att strategier formuleras på projekt-/verksamhetsnivå istället för att respektive team eller enskild Hälsokommunikatör lämnas att formulera egna strategier.

En möjlighet är att titta på den rutin som tillämpas av Transkulturellt centrum, Stockholm. I webbseminariet *Nyanlända som resurs* (SKL 2018c: tid 2.32.00) beskrivs kortfattat hur man där, innan Hälsostödsgrupper startar, gör en inventering tillsammans med till exempel

en kommunrepresentant i respektive område. Syftet är att kartlägga vilka medlemmar ur HiS-programmets målgrupp som befinner sig där liksom vilka särskilda behov dessa kan ha. I nästa steg formuleras så upplägg och ansats, det vill säga Hälsostödsgruppen föregås av en samordnad planering mellan team och lokala representanter.

Följsamhetens gränser: stöd för gränssättning och bearbetning

Som vi har sett ovan finns uppenbara fördelar med att, i arbete med asylsökande och nyanlända, anställa personer med stor närhet till målgruppen. Utifrån de kvalitativa intervjuerna har det dock också blivit tydligt att det är viktigt att formulera strategier för att kunna hantera de särskilda påfrestningar, som det medför att fungera som en brygga mellan olika kulturella och samhällsorganisatoriska erfarenheter.

I internationell forskning finns en omfattande diskussion om detta, det vill säga om det identitetens spänningsfält som den så kallade Kulturtolken befinner sig i när hen ska röra sig mellan olika identiteter. Till exempel den ambivalens som kan uppstå när en och samma person samtidigt ska representera en marginaliserad grupp och ett marginaliserande majoritetssamhälle. Forskningen visar också att strategier för hur detta ska hanteras ofta saknas när Kulturtolkar används inom projekt och att konsekvenser av denna ”rörelse” och ambivalens därför ofta får sitt avtryck i personens privatliv, snarare än att det drabbar projektet (Priebe 2016). Mot bakgrund av tidigare avsnitts diskussion om organisationens kapacitet att fånga innovativa projekts riskscenarier i traditionella rutiner och strukturer vill vi föreslå ett ökat projektfokus på den här frågan. Detta för att både den större organisationen (VGR) och det specifika HiS-programmet skulle kunna använda sig av Kulturtolks-rollen på ett än mer fruktbart sätt (och i fler sammanhang) om man skapar mer genomarbetade rutiner för denna yrkesroll.

I avsnitten ovan har vi redan sett exempel på att Hälsokommunikatörerna får hantera många svåra berättelser. Nedan ges exempel på att deras funktion som ”brygga” ibland innebär att de även får stå till svars för hur den svenska flyktingpolitiken drabbar Hälsostödsdeltagare:

När vi träffar deltagarna, så tänker de inte att vi bara arbetar för Hälsa i Sverige. De tänker att vi representerar regeringen, att jag jobbar för Migrationsverket. ... Även om jag säger att jag inte jobbar för Migrationsverket, så tror de inte på mig. ... De kan inte skilja mellan Migrationsverket, Socialen, Hälsa i Sverige. ... Jag har också hört att den del som har fått avslag från Migrationsverket säger att det är mitt fel. ... Och deras negativa tankar om mig, smittar av sig på mig, helt klart.

Vid en avstämning sa hen att det hade blivit jobbigt ... ryktet hade spridit sig att hen ... hade en koppling till Migrationsverket och då kom det personer utifrån som ville vara med i gruppen, som trodde att hen skulle kunna hjälpa. ... Då tyckte hen att det var jättetufft.

Ytterligare ett exempel på att Hälsokommunikatörernas roll som ”kulturbrygga” ibland har varit svår är att många Hälsostödsdeltagare vill diskutera hur mäns och kvinnors rättigheter skiljer sig mellan hemlandet och i Sverige. Vi har sett i citat ovan att detta tema har dykt upp i flera Hälsostödsgrupper och några team har även beskrivit detta som ett skäl till att en del män inte låter sina fruar delta i Hälsostödet (”Dom säger att vi ska säga saker till deras fruar så att dom vill skilja sig.”). Temat har även lett till diskussioner mellan Hälsokommunikatörerna om hur och var man drar gränser för dialogformen, det vill säga på vilket sätt gruppledaren får och kan sätta gränser, när det är lämpligt att göra det och när Hälsokommunikatören snarare bör låta samtalet löpa fritt:

Tillfälle två till exempel, som handlar om hur flykten kan påverka på hälsan. ... Då märker jag att varje person vill prata och berätta, berätta vad som har hänt... men tyvärr är det för lite tid för att någon ska kunna prata fritt och de andra lyssnar ... Då blir en del av vår uppgift att kontrollera gruppen och situationen och diskussionen. Så vi avbryter dem...men de vill prata och prata... De behöver en psykolog som kan lyssna. Du vet när man har mycket här i själen, letar man bara efter någon som kan lyssna.

När vi skulle prata om tema 3 så kom det upp många dåliga saker om hur de upplever Sverige. Det kom upp det här om socialen [att socialen tar barnen], när vi pratar om stress och sömn och sånt. När det gäller rättigheter, om det är sant att kvinnor betyder mycket mer än männen här. Jag svarade att 'Nej, alla är lika värda, en är inte bättre än den andra.' ... Och när vi pratar om tema 4, om kost och motion, då säger kvinnorna att de gärna vill gå ut och promenera, simma, gymma, men de får inte. Då kommer den här diskussionen om rättigheter och frihet. ... Jag fick förklara för männen varför det är bra att promenera. Jag sa att 'Tänk om du låser in din kvinna hemma ... tänk den dagen då du dör och du lämnar henne ensam med barnen utan kunskap om samhället. Vad kommer då att hända med din familj?'

Jag låter varje person berätta hur de känner, så de pratar själva ... Jag har själv suttit och läst på om hur man ska hantera olika frågor ... till exempel när det gäller rättigheter. För ibland har vi grupper från länder där kvinnor är väldigt begränsade. ... När de kommer hit har de mycket frihet och tänker att deras man är dålig, de vill skilja sig direkt. ... De pratar om det, tar upp det som ett ämne och frågar mig ... Det är inte en del av hälsostödsprogrammet, men de mår dåligt.

Materialet till Hälsostödet tar inte upp de här sakerna om våld och kvinnors rättigheter. Det hör inte till vårt uppdrag. Om en Hälsokommunikatör tar upp detta framför ett gift par, att mannen kan inte göra sig eller så mot sin fru eller frun mot mannen, då kommer du att få höra dåliga saker. ... Varför försätta sig i den situationen? En svensk kan säga det för det här är ert land, men om det kommer från en annan nyanländ... att du hetsar hans fru mot honom, självklart kommer mannen inte att acceptera det för du förstör hans hem, hans familj, för barnen. Då kommer du förstås att bli attackerad! ... Om vi ska prata om sex, våld, rättigheter så måste vi vara tränade för det och vi måste förvarna deltagarna om att vi kommer att prata om de sakerna, så att de också har kunnat förbereda sig. Om du ska ta upp såna känsliga saker så måste du ha extra utbildning och kanske vara två personer samtidigt. Det är viktiga

frågor, men du måste vara förberedd och ha material för det, så att du kan hantera det.

Det vi ser här är att både Hälsostödets innehåll och spridning påverkas av hur deltagarna hanterar mötet med vissa svenska kulturfenomen. Ett par Hälsokommunikatörer har specifikt beskrivit att de är väl kända bland sina landsmän och inom sin språkgrupp på grund av deras arbete med HiS-programmet, liksom att detta har både för- och nackdelar: det underlättar rekrytering till Hälsoinformation och Hälsostöd, men det kan också vara fatalt för den enskilde om någon sprider ett negativt rykte. Citaten visar dessutom att Hälsokommunikatörerna – under pågående Hälsostöd – ibland måste ta ställning till flexibilitetens gränser, det vill säga om det finns teman som inte bör hanteras. Förutom det presenterar intervjuerna exempel på hur de spänningar, som lätt uppstår kring traumatiserade och hårt pressade människor, kan påverka Hälsokommunikatörerna:

Det har hänt mig att deltagare frågar efter information om hur man kan skilja sig. ... En kvinna skickade sms till mig ... och mannen fick reda på det ... Han bråkade, slog mig ... hotade mig ... Jag var mycket rädd ... Det handlar också om min trovärdighet när folk misstror mig, tänker att jag är en spion, jobbar för regeringen. ... Det gör mig osäker. ... Men om en kvinna kommer till mig och frågar om sina rättigheter, så kommer jag som medmänniska att informera henne även om jag får hot. Om jag ser att föräldrar slår ett barn, så kommer jag att berätta det ... Det finns också många som respekterar mig och tackar. ... De flesta är nöjda.

Jag är trött på att säga att jag inte kan hjälpa dem, att jag inte får hjälpa dem. ... Förut fanns det en lots: när man hade fått uppehållstillstånd så kunde man prata med en person på sitt eget språk, det var en guide för dig ... men nu har de ingen som kan hjälpa dem, de behöver hjälp. När de känner till mig, så greppar de tag i mig och ber om hjälp och de vill inte släppa mig.

Ja, det är verkligen påfrestande när man måste säga 'Nej, jag kan inte ringa till Migrationsverket för jag får inte göra det.' De vill att vi ska ringa deras advokater, polisen, Migrationsverket, glasögonaffären. ... De insisterar och insisterar och insisterar, och till sist blir de ledsna och bara går. ... Det känns inte bra. Jag ringer inte advokater och Migrationsverket, men jag ringer om andra saker för de kan inte lösa det själva. De har ingen som hjälper dem.

Jag gör det på min rast, men jag ringer inte Migrationsverket för där måste man vänta två-tre timmar i telefonkö, men jag ringer till exempel arbetsförmedlingen, försäkringskassan. ... Men jag sätter gränser också. Det kom till exempel en kvinna till mig, hon väntade på att alla deltagarna skulle gå, sedan började hon prata om att hon har problem med sin man ... Men då kände jag inte att jag behövde säga någonting, utan jag sa att jag hoppas att det ska bli bra, men du kan söka kurator som kan ge dig tips och råd. ... Jag gör det på min fritid också, men jag ger inte mitt privata nummer.

Alla ovan nämnda variationer i målgruppen påverkar med självklarhet gruppsamtalens karaktär och därmed hur Hälsostödsdeltagarna kan ta emot dialogformen, vad själva tyngdpunkten bör vara vid Hälsostödsträffarna. Hälsokommunikatörens följsamhet till deltagarnas behov och deltagargruppens karaktär är ofrånkomlig för att metoden med

gruppsamtal ska fungera. Den är en tillgång, men vi ser ett behov av att de får ett ökat stöd i, till exempel tillsammans med handledare, att återkommande diskutera vilka frågor som det är lämpligt att avstå ifrån, och hur man kan sätta gränser för det fria samtalet utan att Hälsostödsdeltagarna tappar förtroende för samtalsformen.

I Projektdirektivet finns ett avsnitt om riskhantering där denna sida av HiS-programmet lyfts fram. Där beskrivs att man gjort bedömningen att det finns en risk för hot, sekundär traumatisering, och att Hälsokommunikatörer med egen erfarenhet av migration kan må dåligt. Där nämns också att teamen ska ha handledning, både i grupp och enskilt.

Risکانالyser, riskvärdering och riskreduktion

Risکانالys:

- Hot utifrån mot projektmedlemmar pga. aktiviteterna som görs mot målgruppen.
- Projektpersonal blir sekundärtraumatiserade pga. arbetet som bedrivs i projektet. Möter många människors olika livsöden.
- Hälsokommunikatörer med egen erfarenhet av migration mår dåligt psykiskt.

Risکانvärdering och riskreduktion:

- Eventuella hot och misstankar om hot ska alltid rapporteras till projektledare och projektägare.
- För att undvika sekundärtraumatisering har teamet regelbunden obligatorisk handledning i grupp och även professionellt enskilt. Alla teammedlemmar ska träffa en psykolog enskilt efter tre månaders arbete mot målgruppen.
- Alla teammedlemmar kan rutiner för R-TiB och använder sig av detta vid behov.
- Aldrig åka till en aktivitet med målgruppen ensam, alltid minst två teammedlemmar.

(Projektdirektiv)

Projektdirektivets plan för riskreduktion ser ”på papperet” rimlig ut, till exempel finns handledning i grupp och individuellt planerat för teamen. En av de vanligaste evidensbaserade metoderna för att förebygga sekundär traumatisering är just frekvent handledning (individuellt), men även daglig möjlighet till kollegialt stöd från medarbetare och chefer. Vid jämförelse med yrkesgrupper, som har liknande uppdrag, konstaterar vi att frekvensen för handledning och utrymme för kollegial stöttning är låg inom projektet. Intervjumaterialet indikerar att den här delen av projektorganisationen skulle kunna utvecklas, då flera projektmedarbetare har förmedlat att den handledning som erbjuds inte fungerar tillräckligt väl. Vi har till exempel fått kommentarer om att handledningen i grupp har varit svår i och med att flera av gruppmedlemmarna har olika hemspråk och bristande kunskaper i svenska. I och med att flera Hälsokommunikatörers svenskkunskaper är begränsade, så beskriver även flera av dem att individuell handledning med en svenskspråkig psykolog är av ett begränsat värde. Teamen beskriver vidare att det har tagit tid för flera Hälsokommunikatörer att förstå handledningsformen, eftersom många inte har tidigare erfarenhet av att sitta i grupp eller enskilt och prata om hur de mår:

Vi går på handledning, vi berättar och sedan vi kommer tillbaka hit. Handledaren ger råd och tips, men när jag säger till min handledare att min grupp mår dåligt ... och att jag mår dåligt på grund av det och att jag hjälper dem, då säger hon bara till mig att jag inte behöver göra det. 'Du får lämna det.' Det går inte, det hjälper inte, så jag berättar inte mer.

Vi har en psykolog och hen försöker ge individuella tider, men det var bara på svenska. ... Och jag blev stressad av att försöka prata om mina känslor, så jag har sagt att jag inte vill ha individuell handledning, bara i grupp. ... Jag försöker att inte tänka på det, till exempel kvinnorna som berättar om sina problem från kriget. När jag går ut från hälsostödet försöker jag att stänga dörren. ... Det går ibland, men ibland kommer det tillbaka. ... men att gå till en psykolog är inte vanligt i mitt land.

Sedan märkte man att det fanns mer behov än detta, att en gång i månaden träffas i grupp och sedan har man individuellt samtal också ... Men jag tror att för en del hade det behövs mer än det. ... [att prata om] handledarbegreppet: 'Vad är det här?' Trots att man har förklarat ... så visste dem inte varför vi var där och då... i början landade det inte. ... Vissa Hälsokommunikatörer har en handledare som pratar deras språk, men inte alla.

En av de positiva aspekter av arbetet i HiS-programmet, som både teamledare och Hälsokommunikatörer betonat, är att man upplever det som viktigt och meningsfullt att kunna stötta medmänniskor i en svår period av deras liv. Det meningsfulla i teamens arbete, att kunna hjälpa andra, innebär samtidigt en – som nämns i Projektdirektivet – en risk för deras hälsa. Det är väl känt att sådant arbete, det vill säga arbete med traumatiserade människor, innebär en risk för att även behandlaren får symptom som liknar dem som de traumatiserade lider av, exempelvis mardrömmar, återupplevanden och känslomässig instabilitet. Denna ”smittoeffekt” kallas för sekundär traumatisering och är en central fråga för de som genomför Hälsostödet. Hälsokommunikatörerna har kontakt med ett stort antal flyktingar varav en betydande andel lider av PTSD, och ytterligare en stor del bär på allvarliga berättelser och svåra minnen även om de inte har utvecklat PTSD. I intervjumaterialet finns många exempel som illustrerar detta:

I min grupp hade vi en familj från Afghanistan, som hade förlorat tre barn på vägen och de kan inte göra någonting ... De vet inte vad som har hänt dem ... om de har blivit barnsoldater eller... de vet inte ... och de bara gråter och det påverkar ju deras andra barn också ... Ja, de mådde, ja... de bara grät hela tiden i den gruppen.

Ibland finns det deltagare som har en lång historia. Jag hade till exempel en kvinna som berättade hur det hade varit i Syrien, att hon hade förlorat sin dotter, hur hon lämnade sitt hem, att hon bara fick fly, gå ut med bara de kläderna hon hade på sig och ta sig ända till Egypten. Att hon hade problem i Egypten och fick ett barn, hur ensam hon var ... En annan berättade för mig att hon har cancer ... Alltså, jag måste ge dem tid att berätta. ... Ibland finns det folk, stackare, som känner sig trygga för första gången. Dom vill prata om sina saker och då måste jag ge dem den tiden. Man kan inte säga stopp. Då sviker jag dem då, och då känns det som att de kommer att tänka ”Okej, hon är som de andra, hon lyssnar inte.”

Ibland är det så att deltagarna tar upp andra ämnen. ... I förra veckan hade jag Hälsostöd och istället för att prata om mat, så pratade vi hela tiden om relationen mellan män och kvinnor. För kvinnorna har fått information om sina rättigheter. ... De vill inte bli utvisade från Sverige. Deras män kanske har slagit dem hela livet, men när de är i Sverige kan de säga Nej. ... Det behövs att man pratar om mäns och kvinnors rättigheter ... Och om barns rättigheter, eftersom så många barn utsätts för våld, misshandel.

Vår samlade bild av Hälsokommunikatörernas insats är att de är hängivna, kompetenta och kreativa. Projektets framgångar förefaller i hög grad vara knutna till deras insats, men för att yrkesrollen ska vara hållbar på sikt ser vi ett behov av utökad systematik i arbetet för att värna deras psykosociala arbetsmiljö. Utifrån internationell forskning är detta viktigt i alla sammanhang då så kallade Kulturtolkar används, men det torde vara alldeles särskilt viktigt när rollen som ”brygga” är kopplad *både* till andras *och* till egna traumatiska upplevelser (Michalopoulos & Aparicio 2012; Priebe 2016), vilket är fallet för flera av teammedlemmarna i det här projektet:

[Hälsokommunikatörerna] har ju mycket tråkiga erfarenheter själva, så det händer inte så sällan att de också börjar gråta när man går in på de här känsliga ämnena tillsammans med gruppen. Det är ju en ganska tung grej. Sedan är de helt slut. Det finns inte med i beräkningen riktigt. Det tänkte inte jag på heller innan, men nu känner jag ’Herregud, ska de då sedan från det åka direkt på ett annat Hälsostöd?’ För ska vi nå målet så får man ju ta det morgon och kväll och det orkar inte de.

När man kommer till ett nytt land så är det enormt mycket spänningar, i kroppen i tankarna och det är väldigt olika för olika personer. Det har märkts väldigt tydligt på gruppträffarna, speciellt tema 2 och 3, att Hälsokommunikatörerna kunde ju bryta ihop, för att man själv blev påmind om någonting eller man ser en deltagare gråta och man kan inte hantera det. Det är ju mänskligt, det är självklart ... Men man kanske behöver lära sig mer om ett professionellt sätt att vara i en grupp, att kanske kunna gråta utan att tappa bort sig?

Vi ska ju prestera ... att vi ska nå så här många ... man ska klara det här. ... men Hälsokommunikatörerna har svårt att komma ihåg för det är ju så mycket man har med sig och man har så mycket annat som snurrar runt, man kanske inte ens har uppehållstillstånd. Kan man då förvänta sig att en person ska kunna jobba hundra procent i ett projekt professionellt och möta personer som är... Alltså, nja, jag vet inte, man kanske kräver saker som man kanske inte kan kräva? ... När ens familj fortfarande inte är här, det är klart att det påverkar och kanske gör att man inte kan jobba fullt ut... Man får kanske ha en förståelse och – snarare än att sätta hårda ord – kanske ... vara lite mer ödmjuk.

Även frågan om hur eventuella egna traumatiska erfarenheter påverkar Hälsokommunikatörer och motsvarande yrkesgrupper, som arbetar med traumatiserade deltagare, har diskuterats inom forskningen. Där bearbetas till exempel frågan om huruvida professionellas egna trauman är en tillgång eller begränsning i försöken att förbättra andras hälsa. Dessutom väcks frågor om de professionellas egen hälsa, om den egna

traumaupplevelsen kan riskera att förvärras i mötet med andra som också är traumatiserade.

En omfattande nordamerikansk studie (Michalopoulos & Aparicio 2012) har undersökt detta. Slutsatsen var att fokuseringen på professionellas egna trauman är relevant, men det finns även andra ännu mer centrala faktorer. Viktigast är om den professionelle har ett tillräckligt socialt stöd för att kunna hantera sina trauman. Det sociala stödet fungerar dels som en bearbetning av traumat, dels som en nyorientering i nutid och hopp för framtiden. När dessa förutsättningar finns kan traumatiserade professionella mycket väl arbeta med andra traumatiserade människor. Den näst viktigaste faktorn var graden av erfarenhet. Professionella med relevant erfarenhet under flera år var mindre påverkade av egna trauman. De hade i högre utsträckning kunnat bearbeta de traumatiska minnena och kunde därför använda erfarenheterna på ett konstruktivt sätt i mötet med andra (ibid.).

I rekrytering och handledning av Hälsokommunikatörer rekommenderas därför att man uppmärksammar vikten av socialt stöd – både på och utanför arbetet – eftersom det är en grundförutsättning för att man ska klara av arbetet. Om sökande (eller redan anställda) dessutom har lång erfarenhet av motsvarande arbete är detta ytterligare en skyddsfaktor mot sekundär traumatisering, en kunskap som kan integreras i planering av handledning. Vi rekommenderar även en utökad diskussion om hur handledarstöd bör formuleras, på vilket språk etcetera, så att det erbjuder den skyddsfunktion som det är avsett att göra.

En övergripande rekommendation är därför att VGR utarbetar mer långsiktiga strategier och rutiner för hur projekt, där Hälsokommunikatörer och andra former av Kulturtolkar ingår, kan säkra lyhördhet för vad den dubbla rollen kan innebära. Sådana strategier skulle med fördel, när det gäller projekt liknande i HiS-programmet, kunna utarbetas tillsammans med till exempel VGR:s Kris- och traumaenhet, där gedigen erfarenhet finns av att arbeta med liknande målgrupper.

Vi ser också ett behov av att riskreduktionsstrategier kopplas samman med hur projektet i stort läggs upp, till exempel att riskanalysen bearbetas i förhållande till produktionsmål, fortbildning och handledarinsatser. Utvärderingen visar inte bara att deras yrkesroll är komplex, utan också att den kräver en avancerad kompetens inom flera svårbemästrade områden. En gedigen introduktion till arbetet liksom en fortlöpande kompetensutveckling och handledning som motsvarar uppdragets svårighetsgrad skulle därför med fördel kunna formuleras. Sammanfattningsvis visar ovanstående att förmågan till flexibilitet är viktig för om deltagarna blir nöjda och om de ska kunna ta till sig Hälsostödet, men att Hälsokommunikatörens inlevelseförmåga, kompetens och kapacitet till anpassning är avgörande för projektets framgång och att det därför behövs strukturer för att säkerställa detta.

Resultat av kvantitativ utvärdering av Hälsostödets effekter

Demografi och svarsfrekvens

Hälsostödet har riktat sig brett till asylsökande, nyanlända och andra intresserade. Heterogenitet i den kvantitativa enkätstudiens deltagare (härefter: studiedeltagarna) är därför förväntad. Tabell 2 visar fördelningen avseende subgrupperna språk, kön, etcetera. Förutom att effekter av Hälsostödet har analyserats för hela studiegruppen har analyser för dessa subgrupper, när de har haft tillräckligt många studiedeltagare, också genomförts (vid för liten subgrupp – för tillförlitliga resultat - markeras ”För lite data” i respektive tabell).

Tabell 2. Demografisk beskrivning av studiedeltagarna

	Totalt antal	%
Språk		
Arabiska	212	66,0
Dari	91	28,4
Somaliska	16	5,0
Annat	2	0,6
Kön		
Man	144	44,9
Kvinna	173	53,9
Annat	1	0,3
Asylstatus		
Asylsökande	65	20,2
Har uppehållstillstånd	253	78,8
Annat	2	0,6
Ålder		
18-30	88	27,4
31-65	199	62,0
>65	9	2,8
Saknas	25	7,8
Utbildningsnivå (år)		
0-4	59	18,4
5-9	92	28,7
>10 år	159	49,5
Tid i landet (år)		
<1	58	18,1
1-2	60	18,7
>2	199	62,0
Saknas	4	1,2

Under den tid som utvärderingen genomfördes (oktober 2017 – september 2018) deltog 554 personer i Hälsostöd, utifrån kriteriet att de hade närvarat på 3 av 5 gruppträffar. Av dessa 554 deltagare valde 501 att delta i den kvantitativa utvärderingsstudien och fyllde därmed i den första av studiens tre mätningar, den så kallade baslinjemätningen.

Svarsfrekvensen på baslinjemätningen, det vill säga hur många av de 554

Hälsostödsdeltagarna som valde att delta i studien, går inte att exakt fastställa med full säkerhet. Det finns nämligen inte uppgifter på hur många deltagare som närvarade vid just det första Hälsostödstillfället då enkäterna administrerades. Med tanke på att 501 av 554 möjliga valde att delta kan vi ändå säga att svarsfrekvensen var mycket hög (>90%).

Som väntat fullföljde dock inte alla de 501, som deltagit i baslinjemätningen, de två eftermätningarna. Det är vanligt att deltagare inte fullföljer sin medverkan i longitudinella studier och i den här studien har 180 av de som deltog i baslinjemätningen inte fullföljt (så kallade ”drop outs”). Resterande 321 deltagare, som fyllt i baslinjemätningen, har även besvarat eftermätning 1. För eftermätning 2, två månader efter sista Hälsostödsträffen, har det av praktiska skäl varit svårt att lokalisera alla deltagare då en hel del till exempel har flyttat till annan ort. Totalt besvarade 95 deltagare eftermätning 2, men endast 71 av dessa hade också besvarat både baslinjemätningen och eftermätning 1.

Analys av förändringar i psykisk hälsa

Förändringar i psykisk hälsa har framförallt mätts med GHQ12, det instrument som beskrevs i metodavsnittet ovan. Förändring i medelvärden för GHQ12 redovisas i Tabell 2 och 3 nedan. I Tabell 3 ser vi att medelvärdet för hela gruppen minskar betydligt mellan baslinjemätningen (Hälsostödets start) jämfört med den första eftermätningen (direkt efter sista Hälsostödsträffen). Minskningen från 12,4 till 10,5, alltså med 1,9 skalsteg, kan anses vara en kliniskt relevant minskning av den psykiska ohälsan i gruppen som helhet.

Förändringen bedöms som kliniskt relevant i och med att gruppen som helhet passerar det kritiska gränsvärdet 11, under Hälsostödsinsatsen. Detta gränsvärde har diskuterats av forskare och kliniker och kan variera mellan olika länder i avseende på specificitet och känslighet. Diskussionen har då handlat om vilken gräns man bör sätta för att kunna identifiera personer som (a) behöver uppföljning och/eller vidare utredning för i första hand lindrigare psykisk ohälsa och (b) inte anses behöva uppföljning eller vidare utredning för psykiska besvär. I Sverige och liknande samhällen har man kommit fram till att gränsvärde 11 rekommenderas (Donath 2001).

Det innebär att personer som har >11 på GHQ12-skalan behöver en utökad utredning för psykisk ohälsa. Viktigt att notera är att detta inte är ett diagnosticeringsverktyg, utan en screening som gör att man identifiera behov och icke behov av fortsatt utredning. När vi ser att gruppen som helhet ligger på 12,4 innan Hälsostödet betyder det att gruppen som helhet behöver vidare utredning för psykisk ohälsa.

Tabell 3. Förändring av psykisk hälsa före och efter Hälsostöd. Medelvärde (GHQ-12) per mätillfälle och antal svarande i parentes.

Psykisk hälsa	Före Hälsostöd (baslinje)	Direkt efter Hälsostöd (eftermätning 1)	Två månader efter Hälsostöd (eftermätning 2)
Hela gruppen	12,4 (241)	10,5 (274)	9,8 (68)
Språk			
Dari	14,7 (56)	12,2 (70)	För lite data
Arabiska	11,9 (172)	10,1 (191)	9,4 (43)
Övriga	För lite data	För lite data	För lite data
Kön			
Kvinna	12,5 (131)	10,2 (149)	8,6 (33)
Man	12,3 (106)	10,9 (121)	11,6 (33)
Annat	För lite data	För lite data	För lite data
Asylstatus			
Asylsökande	14,4 (48)	13,3 (52)	För lite data
Har uppehållstillstånd	11,9 (191)	9,8 (221)	För lite data
Övriga	För lite data	För lite data	För lite data
Ålder			
18-30	12,5 (67)	11,3 (71)	För lite data
31-65	12,2 (154)	10,1 (179)	För lite data
Övriga	För lite data	För lite data	För lite data
År i Sverige			
0-1	11,0 (41)	10,1 (52)	För lite data
1-2	13,6 (44)	10,4 (51)	För lite data
>2	12,5 (154)	10,7 (167)	För lite data
År utbildning			
0-4	13,4 (41)	10,6 (49)	För lite data
5-9	12,6 (69)	10,6 (76)	För lite data
>10	11,9 (125)	10,2 (141)	För lite data

Förbättringen av medelvärdena på helgruppsnivå är viktig eftersom förbättring, och även stabilisering, av den psykiska hälsan i det första skedet efter ankomst till ett nytt land är extra betydande för flyktingar (Varvin 2003). Även om psykologisk patologi kan debutera många år efter ankomst, exempelvis kan PTSD aktualiseras vid ny förlust i det nya hemlandet, så är den första fasen kritisk. En bättre psykisk hälsa så tidigt som möjligt ökar

möjligheten att etablera sig i det nya landet, att klara inläringen av nya språk, samhällssystem etcetera, vilket illustreras i ett citat ifrån intervju med en av projektmedarbetarna (för fler, liknande citat, se processutvärderingen ovan):

Jag tänker att vi kan förebygga en hel del psykisk ohälsa. Vi kan stärka personerna ... Vi kan också ge dem verktyg att ta hand om sig själva. ... Det är just den här meningsfullheten ... hantera och förstå ... Det är här vi kommer in ... Jag tror också att om man kan komma in på ett smidigt sätt i det svenska samhället, så kan man snabbare integrera sig ... vilket också påverkar framtiden ... man förstår det svenska systemet ... En människa som mår bra kan också till exempel lättare vara en bra förälder, så det påverkar ju också barnen ... Om jag har förståelse och kan hantera min situation så är mycket vunnet eller jag vet kanske var jag kan hämta hjälp då också.

För att förstå vad den förbättring i helgruppen innebär, som vi ser i utvärderingen, behöver den relateras till Hälsostödets innehåll, omfattning och upplägg. Psykisk hälsa är ett komplicerat fenomen och korta interventioner fungerar för vissa deltagare, men inte för alla (för ett mer utvecklat resonemang se processutvärderingen ovan). Som jämförelse kan nämnas att sådana korta interventioner som fokuserar på PTSD oftast omfattar minst 20 sessioner, medan långtidsbehandlingar kan vara mer än 70 sessioner. Att associationen mellan Hälsostöd och förbättrad psykisk hälsa är så pass stor efter enbart fem tillfällen och totalt ca 10 timmar är därför beaktansvärt.

Förklaringen till det positiva resultatet är troligen en kombination av det sätt på vilket Hälsokommunikatörernas har lett Hälsostödsgrupperna och de psykologiskt gynnsamma gruppprocesser, som detta har föranlett. I de kvalitativa intervjuerna med Hälsostödsdeltagare (numrerat) och projektmedarbetare (onumrerat) ser vi flera berättelser, som pekar i den riktningen:

83: Jag kunde känna igen mina problem när vi pratade om psykisk ohälsa. Nu vet jag vad jag känner och varför jag känner så här. Jag vet vad som händer.

104: Jag gillade inte själva tanken i början. Jag kände mig mer deprimerad, som om de väckte mina gamla sår. Men så småningom – vid andra eller tredje lektionen – då började det bli bättre. Då fick vi diskutera med varandra, så hon berättade om sina problem och då tröstade jag och tvärtom. När vi pratade om det negativa som kan följa av psykisk ohälsa, då blev jag laddad eller, ja... Jag började tänka på det och jobba med det. Det var en bra sak faktiskt. Jag tyckte det var bra att man skulle jobba med sig själv, för oavsett vad man får för information så hade det inte hjälpt om vi inte hade blivit uppmuntrade att börja jobba med oss själva.

118: Vi har pratat om hur det påverkar en att man har flytt, när man är ensam utan sin mamma och pappa och familj... När man har flytt från sitt land ... då tänker man mycket, men det är svårt att veta hur man ska tänka. ... Man tänker så mycket på sin familj i hemlandet. ... och innan visste vi inte vad stress var, eller hur man skulle göra när man hade stress eller inte mår bra. Men nu har dom kommit hit och lärt oss vad vi kan göra när vi är ledsna, eller känner stress eller inte mår bra.

132: Om jag inte hade deltagit i Hälsostödet hade jag fortsatt att må dåligt. Nu känner jag att det finns hopp. Det viktiga var att jag fick prata om hur jag mår och vad jag ska göra för att må bättre, för jag kände att jag var på väg mot kollaps.

Det jag är säker på att de har fått från mig är hopp. De kämpar nu, sitter inte bara och tänker på dåliga saker och gör sig själva illa... Jag kan inte vara säker på att de mår bättre på grund av att jag har pratat om stresshantering, fysiska aktivitet. De kanske har lyssnat på det och gör de där sakerna i några veckor, men jag är säker på att de har fått hopp av mig, att de kämpar nu ... lever sitt liv. Det säger de till mig, att när de har fått prata och märker att 'Jaha, jag är inte ensam. Jag har samma problem som mina landsmän' då säger de 'Du har gått igenom samma sak. Du har fått uppehållstillstånd, jobb, du kan prata svenska ... Då kan vi också.' De vaknar på något sätt. ... Tänker att 'Det är inte bara jag.'

Utvärderingen indikerar alltså att det under Hälsostödet kontinuerliga träffar finns en tillräcklig psykologisk grund för att gynnsamma grupprocesser ska etableras, även för en så utsatt grupp som denna intervention riktar sig till. Kontinuiteten i mötet med andra deltagarna och den roll, som den hemspråkskunnige Hälsokommunikatören antar, ser här ut att ha motsvarande effekt som andra modeller för grupper. Där har man konstaterat att grupprocesser får effekten att psykologiska försvar som till exempel förnekande minskas. En slutsats av utvärderingen är därför att Hälsostödet tycks skapa motsvarande verksamma komponenter i gruppbehandling av flyktingpatienter, där återuppbyggnad av tillitsfulla, sociala relationer nämnts som de viktigaste inslagen (Tucker 2011).

Att den psykiska ohälsan minskat på helgruppsnivå ska också förstås i ljuset av förväntad negativ utveckling för gruppen. Som nämndes ovan, till exempel med hänvisning till SKL:s webinarium *Nyanlända som resurs* (SKL 2018c) är en försämring av den psykiska hälsan under asylprocessen sannolik om ingen insats ges. De smärre förbättringar, som utvärderingen visar, ska alltså förstås i förhållande till en förväntad försämring av utgångsvärdet. Istället för att deltagarna hade legat kvar på samma värde som före Hälsostödet finns det anledning att tro att utgångsvärdet 12,4 för hela gruppen hade förvärrats fem veckor respektive två månader senare, utan insats. De förbättrade värdena efter Hälsostödsinsatsen ska därför analyseras i förhållande till ett förväntat värde som (utan insats) skulle vara >12,4.

Analysen baseras på en stor grupp deltagare och medelvärdena kan därför betraktas som stabila. Det är ändå givetvis viktigt att beakta att de Hälsostödsdeltagare, som valde att inte medverka i studien, kan ha gjort så för att deras hälsa varit så dålig att de inte orkade fylla i formulären.

Förändrad effekt utifrån språkgrupp och asylstatus

På subgruppsnivå visar resultaten att språkgruppen Dari har högst symptomtryck både före och efter Hälsostöd, jämfört med de andra grupperna. Förbättringen efter genomgången

Hälsostöd är betydande, men resultaten visar också att den psykiska ohälsan fortfarande är stor. Här kan noteras att språkgruppen Dari är den grupp som har störst andel asylsökande, och att asylsökande i sin tur är den subgrupp som har näst högst symptomtryck vid Hälsostödets start och avslut. Vi såg ovan, i den kvalitativa processutvärderingen, att teamen beskrev asylsökande som mer utsatta, stressade och frustrerade och vi ser alltså här att den kvantitativa utvärderingen bekräftar den bilden.

Språkgruppen Dari, med ursprung i Afghanistan, har dessutom varit extra utsatta i Sverige under studieperioden. Omstridda politiska beslut, med hänvisning till att vissa myndigheter bedömt Afghanistan som ett säkert land, har fått många flyktingar har blivit förvisade till ett land där de kanske inte har vuxit upp och inte heller uppfattar som säkert. En trolig förklaring till de höga medelvärden, som visas för språkgruppen Dari, är alltså subgruppens koppling till den grundläggande frågan om asylstatus. Vi ser exempel på detta i ett par av citaten ifrån fokusgruppsintervju med Hälsostödsdeltagare:

2: Vi har inte uppehållstillstånd, vi bor ensamma här i Sverige, vi vet inte hur vår familj mår. Vi vet ingenting om dem. Våra problem är mycket större.


















17: Det käraste som finns är ens liv, men tyvärr har 56 ungdomar tagit livet av sig på grund av den här stressen. När folk söker asyl, gör de det för att de vill leva i lugn och ro. Dessa ungdomar som tog livet av sig kanske ville dö här i lugn och ro, istället för att Migrationsverket tvingar dem att åka tillbaka.

Förändrad effekt utifrån kön

Analyser för subgruppen kön är intressant, bland annat för att tidigare forskning har visat att kvinnor och män till viss del har olika preferenser för psykoterapi, där kvinnor har visat på större motivation för att tillgodogöra sig de hälsosamma mekanismerna i gruppssammanhang (Liddon m.fl. 2018). Även om skillnaden är relativt liten ser vi samma mönster i den här studien: i Tabell 3 och 4 ser vi att kvinnor uppvisar en större minskning av den psykiska ohälsan jämfört med männen. Bägge grupperns förändring är i önskad riktning i förhållande till gränsvärdet 11, men kvinnornas förbättring är något högre.

En möjlig slutsats av det är att ett utvecklingsarbete för Hälsostödet skulle kunna fokusera på att identifiera särskilda strategier för att bättre möta männen, så att de i högre grad kan tillgodogöra sig insatsen. Om ett sådant arbete skulle visa att män inte enkelt kan öka sin mottaglighet för positiva gruppprocesser, kan det vara viktigt att utreda huruvida Hälsostöd ska erbjudas till grupper av enbart män respektive kvinnor, det vill säga för könsfokuserade interventioner.

Tabell 4. Förändring av psykisk hälsa (GHQ-12). Fördelning av deltagare som ligger över (grå) respektive under (streckad) gränsvärdet 11.

Psykisk hälsa	Före Hälsostöd (baslinje)	Direkt efter Hälsostöd (eftermätning 1)	Två månader efter Hälsostöd (eftermätning 2)
Hela gruppen			
Kön			
Kvinna			För lite data
Man			
Asylstatus			
Asylsökande			För lite data
Har uppehållstillstånd			
År utbildning			
0-4			För lite data
5-9			
> 10			

Förändrad effekt utifrån ålder

Resultaten visar även att ålder har betydelse för symptomtryck. Vi ser här att yngre och äldre deltagare har ett liknande symptomtryck äldre vid Hälsostödets start, men att den äldre gruppens medelvärde minskat mer vid Hälsostödets avslut. Den äldre gruppens medelvärde har dessutom passerat gränsvärdet 11 medan den yngre gruppens minskning inte innebär att gränsvärdet 11 underskridits.

En möjlig förklaring är att ålder, precis som för subgruppen språk, samspelar med asylfrågan. Den yngre subgruppen har större andel asylsökande, vilket skulle kunna förklara att medelvärdesminskningen är mindre än i den äldre gruppen där en större andel har uppehållstillstånd. En annan möjlig förklaring är att tidigare erfarenheter har betydelse för möjligheten att hantera traumatiska händelser. Det är väl känt att äldre klarar extrema händelser bättre än yngre (Varvin, 2003), sannolikt för att de äldre har mer utvecklade försvarsmekanismer, en längre historia av att klara problem samt en större förmåga till adekvat distans till livshändelser. Den högre graden av tillgängliga försvar kan alltså ha bidragit till att de äldre därför också tillgodogör sig Hälsostödet i högre grad och därmed utvecklar en ännu bättre psykisk hälsa under deltagandet. Frågan om åldern betydelse för tillgodogörande av Hälsostöd skulle dock behöva undersökas djupare.

Förändrad effekt utifrån tid i Sverige

Även tid i Sverige (<1 år, 1-2 år respektive >2 år) har analyserats på subgruppsnivå. I Tabell 3 ser vi att den grupp som har varit kortast tid i Sverige uppvisar bäst psykisk hälsa vid Hälsostödets start. Denna subgrupp ligger på gränsvärdet 11 före Hälsostödet och en bit under, direkt efter Hälsostödet. De som har varit kortast tid i Sverige är alltså den subgrupp som, utifrån utvärderingens resultat, i lägst utsträckning har behov av uppföljning av den psykiska hälsan. Detta kan vara värt att beakta då VGR planerar för framtida satsningar, till exempel i förhållande till när asylsökande och nyanlända har störst behov av hälsoinformation och Hälsostöd. Möjligen kan en tidig insats förebygga en försämrad psykisk hälsa, senare i asylprocessen, men det också möjligt att insatser behöver sättas in både tidigt och senare.

Som nämndes ovan visar forskning att den psykiska hälsan försämras under tiden i det nya hemlandet (Pottie m.fl 2011). Psykisk ohälsa debuterar alltså oftast efter en viss tid i det nya hemlandet, möjligen som en konsekvens av social marginalisering, svårigheterna att ta sig in på arbetsmarknaden och möjligen diskriminering. Det kan vara så att de resultat, som utvärderingen visar, bekräftar den bilden i och med att den grupp som har angett att de varit i Sverige 1-2 år uppvisar betydligt högre symptomtryck vid Hälsostödets start, jämfört med de som har varit här kortare tid. Graden av psykisk ohälsa kan förstås som att det är under den perioden (efter 1-2 år) som asylprocessen börjar bli mycket påfrestande för dem, som ännu inte har fått uppehållstillstånd. Kanske är det då som den initiala lättnaden av att ha kommit fram till Sverige, byts mot stress över asylprocessens ovisshet?

Trots det visar analysen att även den här gruppen har ett bättre mående efter Hälsostödet, då medelvärdet för dem ligger under gränsvärdet 11 vid Hälsostödets avslut.

Förändrad effekt utifrån utbildningsnivå

I den kvalitativa utvärderingsdelen såg vi att teamen beskrev utbildningsnivå, som viktigt för hur de kunde lägga upp Hälsostödet och presentera dess innehåll. I den kvantitativa enkätstudien ser vi att utbildningsnivå även verkar vara betydelsefullt för hur Hälsostödet påverkar den psykiska hälsan. I Tabell 3 och 4 ser vi till exempel att analysen på subgruppsnivå visar att de studiedeltagare, som har med högst och lägst utbildningsnivå, visar bäst förbättring i den psykiska hälsan.

Att gruppen med lägst utbildningsnivå uppnår en så pass god förbättring under Hälsostödet kan tolkas bero på att det fyller ett stort behov för denna grupp, eftersom deras startpunkt för hälsolitteracitet kan antas vara relativt låg. I de kvalitativa intervjuerna finns exempel på att Hälsokommunikatörerna beskriver att just den gruppen haft mycket svåra erfarenheter under flykten. En Hälsostödstagare beskrev behovet av flera Hälsostödstillfällen med motiveringen att ”Vi kommer ifrån ett land där vi inte har fått lära oss så mycket om hälsa och annat som diskuteras i Hälsostödsgruppen”.

I tabellen ser vi också att oavsett utbildningsnivå associeras deltagande i Hälsostöd med att gränsvärdet 11 passeras. Alla subgrupper för utbildningsnivå har alltså en kliniskt relevant förbättrad psykisk hälsa, under Hälsostödsperioden. Hälsostöd verkar alltså bidra till den psykiska hälsan för alla utbildningsnivåer. Om det hade varit så, även om Hälsokommunikatörerna inte hade anpassat SKL:s material för gruppernas olika utbildningsnivå kan vi dock inte uttala oss om.

Generell upplevelse av förändring i hälsa

När vi har analyserat studiedeltagarnas svar på den generella frågan om de har upplevt en förändring av sin hälsa, som en konsekvens av Hälsostödet, ser vi att majoriteten (84,4 %) har angett att de har upplevt att deltagande i Hälsostöd har påverkat deras hälsa positivt (Tabell 5). Förutom resultatet för hela gruppen är det värt att notera att kvinnorna rapporterar en högre grad av positiv hälsopåverkan än männen, liksom att den subgrupp som har lägst utbildning rapporterar den allra högsta graden av positiv hälsopåverkan.

Det föranleder oss att återigen tolka resultaten som att Hälsostöd varit meningsfullt med avseende på hälsopåverkan för hela gruppen, att kvinnorna och den lägst utbildade gruppen har större förmåga att tillgodogöra sig de hälsofrämjande aspekterna i Hälsostöd alternativt får högst kompenserande positiva effekt (till exempel för att dessa subgrupper kan ha haft minst möjlighet att utveckla sin psykiska hälsa innan Hälsostödet). Det är också viktigt att notera att ingen grupp rapporterar någon betydande mängd neutral eller negativ hälsopåverkan av att delta i Hälsostöd.

Tabell 5. Upplevd hälsopåverkan av att delta i Hälsostöd. Procentuell fördelning (%) mellan svarsalternativen.

Grupp (Antal)	Nej	Ja, till det bättre	Ja, till det sämre
Hela gruppen (295)	15,3	84,4	0,3
Språk			
Dari (74)	9,5	90,5	0
Arabiska (204)	17,6	81,9	0,5
Kön			
Kvinna (161)	11,2	88,2	0,6
Man (130)	20,8	79,2	0
Asylstatus			
Asylsökande (54)	27,8	72,2	0
Har uppehållstillstånd (238)	11,8	87,8	0,4
Ålder			
18–30 (80)	21,3	78,8	0
31–65 (187)	12,3	87,2	0,5
År i Sverige			
0–1 (51)	23,5	76,5	0
1–2 (54)	16,7	83,3	0
>2 (186)	12,9	86,6	0,5

Analyser av förändringar i hälsolitteracitet

Förändring i kunskap om hälso- och sjukvården

Både Hälsoinformation och Hälsostöd har innehållit information och diskussioner om hur hälso- och sjukvården är organiserad i Sverige, hur man kan få råd och hjälp, vart man ska söka vård för vilken typ av hälsoproblem med mera. Som vi har sett ovan är en utgångspunkt för att HiS-programmet, med utgångspunkt i begreppet hälsolitteracitet, att sådan kunskap både ska leda till att målgruppens psykiska hälsa ska öka (genom till exempel ökad förståelse och kontroll över sin livssituation) och att deras användande av hälso- och sjukvården ska bli mer adekvat. I utvärderingen har vi därför mätt förändringar i Hälsostödsdeltagarnas kunskap om hälso- och sjukvården, genom att be dem besvara fyra delfrågor, redovisat i Tabell 6. Resultatet visade att studiedeltagarnas kunskaper inom vissa av dessa områden var bristfällig före Hälsostödet, det vill säga trots att de flesta då hade

deltagit i Hälsoinformation vid ett tillfälle. Särskilt kunskapen om vart man skall vända sig om man behöver hjälp för psykisk ohälsa var låg: före hälsostödet angav 57% att de hade kunskap om detta, medan så många som 89% upplevde sig ha kunskap om det efter Hälsostödet.

Tabell 6. Hälsolitteracitet (kunskap) för att söka vård. Antal deltagare och procent som rapporterat kunskap inom fyra vårdsökningsområden.

Upplever du att du har kunskap om ...	Före Hälsostöd (baslinje)		Direkt efter Hälsostöd (eftermätning 1)	
	Ja (antal)	(%)	Ja (antal)	%
varför man kan bli kallad till sjukvården även om man är frisk	243	(79.9)	278	(90.3)
vart man ska vända sig om man har lindriga besvär som inte är akuta	273	(89.8)	306	(97.8)
vart man ska vända sig om man har allvarliga olycksfall och akut sjukdom	260	(85.5)	307	(98.4)
vart man ska vända sig om man behöver hjälp för att man mår psykiskt dåligt	174	(57.0)	279	(89.1)

Den låga kunskapen om psykisk ohälsa, inklusive vart man vänder sig för att få hjälp för detta, är ett tema som återkommer i flera av de kvalitativa intervjuerna. Flera Hälsostödsdeltagare beskriver att man på Hälsostödsträffarna har diskuterat symtom på psykisk ohälsa, det stigma som finns kring psykisk ohälsa och liksom vart man kan få hjälp:

105: Jag vet vart jag ska gå i hälso- och sjukvården om jag mår psykiskt dåligt, men jag känner inte att jag behöver det nu. Det räckte att jag fick prata här. Jag kunde känna igen mina problem när vi pratade om psykisk ohälsa. Om man får ett sår på handen så syns det och man vet vad det är och vad man ska göra, men psykisk smärta ser man inte. Nu vet jag vad jag känner och varför jag känner så här. Jag vet vad som händer.

120: Vi fick lära oss om psykologer eller psykiatriker, till exempel att det inte betyder att man är sinnessjuk bara för att man mår dåligt. Om man vänder sig dit när man inte kan sova eller mår dåligt, så betyder det inte att man är sinnessjuk.

123: I våra hemländer är de jätterädda att vända sig till en psykolog eller en psykiatriker, men det är normalt här. Vi kommer från olika länder men de har samma mentalitet och tankar om sådana här saker i alla de här länderna.

Här illustreras en ökad kunskap om vård för psykisk ohälsa, men utvärderingens resultat visar på en markant kunskapsökning inom samtliga kunskapsområden. Det indikerar att det enstaka Hälsoinformationstillfället behöver följas upp med ytterligare tillfällen. När vi analyserade frågorna ovan utifrån de olika subgrupperna såg vi störst skillnader i rapporterad kunskap, före Hälsostödet, i förhållande till språkbakgrund, utbildningsnivå och asylstatus. För samtliga subgrupper har dock skillnaderna nästan helt utjämnats efter Hälsostödet, vilket indikerar att Hälsostödet fungerar bra – oavsett bakgrund – för att öka hälsolitteraciteten med avseende på kunskap om vart man ska söka hjälp i hälso- och sjukvården.

När det gäller språk såg vi att den arabisktalande gruppen, före Hälsostödet, hade lägre kunskap (57,1%) om vart man skall vända sig vid psykisk ohälsa, jämfört med den daritalande gruppen (65,5%) men att denna skillnad i stort sett hade utjämnats efter Hälsostödet (eftermätning 1). För utbildningsnivå fanns en förväntad högre kunskap om ovanstående för de med >10 års utbildning, men även för denna subgrupp rapporterar alla studiedeltagare en förbättrad kunskap, även om en liten skillnad kvarstår även efter Hälsostödet. På liknande sätt fanns skillnader för Kön (män rapporterar något sämre kunskap än kvinnor före Hälsostödet), som nästan utjämnades helt efter Hälsostödet. Även här ser vi att Hälsostödet har fungerat bra oavsett subgrupp, vilket innebär att Hälsostödet förefaller ha större effekt på mäns hälsolitteracitet än vad det har på deras psykiska hälsa (se ovan).

Det enda undantaget ifrån den generella utjämnningen för subgrupper efter Hälsostödet gäller gruppen asylsökande. De rapporterar fortsatt låg upplevd kunskap om vart man söker vård för psykisk ohälsa (74,6% för asylsökande jämfört med 92,7% för övriga). En möjlig förklaring är att denna grupp de facto har en mer begränsad rätt till vård och därför – helt korrekt – upplever att de inte har någonstans att vända sig för att få hjälp.

Förändring i upplevt behov av vård och sökt vård

I den enkät som studiedeltagarna fyllde i vid baslinjemätningen, det vill säga före Hälsostödet, fanns en fråga om ifall de hade behövt söka vård sedan ankomst till Sverige. Av de studiedeltagare, som har svarat på den här frågan, angav 82,5% att de upplevt ett behov, 5,1 % att de trots upplevt behov inte sökt vård, medan 12,4% inte upplevt något behov av vård. Direkt efter Hälsostödet, vid eftermätning 1, ställdes frågan igen men i förhållande till om de hade behövt söka vård sedan Hälsostödet start. Då angav 44,4% att de upplevt ett behov av vård, 5,4 % att de trots detta inte sökt vård medan 50,2% svarade att de inte upplevt ett behov av vård. Vid eftermätning 2, två månader efter Hälsostödet, var motsvarande siffror 54,7 % för upplevt behov, 4,2% som trots detta inte sökt vård och 41,1 % som inte upplevt behov av vård.

Vid en jämförelse av dessa resultat måste naturligtvis hänsyn tas till att tidsperioderna är olika långa, men det kan ändå noteras att upplevt behov av vård var häften så stor vid

eftermätning 2, som vid baslinjemätningen. Olikheten i tidsperiod liksom den låga svarsfrekvensen vid eftermätning 2 gör att slutsatser, baserat på dessa uppgifter, inte kan dras avseende Hälsostödetts effekter på till exempel kunskapen om den egna hälsan och behovet av vård eller egenvård. Det som kan noteras är dock att endast ca 5% av studiedeltagarna – oavsett mättillfälle – angav att de har upplevt ett behov av vård, men avstått. Det senare skulle kunna indikera ett förhållandevis stort förtroende för hälso- och sjukvården hos de asylsökande och nyanlända, som har medverkat i studien.

När vi har studerat fördelningen av svar, för den här frågan, inom de olika subgrupperna ser vi dock skillnader i förhållande till språk, utbildningsnivå, kön och asylstatus. Före Hälsostödet var det till exempel ingen större skillnad i upplevelse av vårdbehov mellan språkgrupperna, men vid eftermätning 1 hade nästan dubbelt så många daritalande (62,5%) som arabisktalande (37%) sökt vård. Det kan betyda att grupper daritalande har en sämre hälsostatus kopplad till villkoren i hemlandet, men också att de haft en svårare flykt och därför mår sämre. En Hälsokommunikatör har reflekterat över daritalandes situation, kopplat till att de flesta i dessa Hälsostödsgrupper har haft låg utbildningsnivå:

Om du flyr ifrån ditt land och inte kan andra språk, eller inte ens kan läsa skyltarna som finns på ditt eget språk, så är du helt beroende av andra personer. ... Du kan inte göra någonting själv ... När du är på flykt vill du inte att en polis eller någon annan person ska bli misstänksam, så du måste vara jättesmart och... Ja, det är jättemycket svårare att vara på flykt om du inte har utbildning. ... Om man är utbildad så är det lättare att anpassa sig, att undvika att bli lurad och hamna i svåra situationer. Du kan lättare hitta en egen lösning på dina problem, men om du inte ens kan läsa så vet du inte vad som händer när du fastnar i en situation.

En större stress och svåra upplevelser under själva flykten parallellt med utdragen asylprocess skulle alltså kunna förklara ett högt vårdsökande från darigruppen, även under själva Hälsostödstiden. Till detta ska adderas att vi – i mätningarna – ser att en högre andel asylsökande (som domineras av daritalande), jämfört med de som har fått uppehållstillstånd, har svarat att de har upplevt behov av vård men har avstått ifrån att söka vård. Det tyder på att hälsoläget för daritalande och asylsökande är mycket sämre än för övriga, samtidigt som dessa har lägre tillgång till vård i och med att de bara har ”rätt till vård som inte kan anstå”. I fokusgruppsintervjuerna beskriver många Hälsostödsdeltagare denna situation, det vill säga att Vårdcentralerna gör en annan tolkning av deras rättigheter än det som Hälsostödet lär ut:

9: När jag mådde dåligt så fick jag tabletter på Vårdcentralen, men nästa gång sa läkaren Nej, att de tyvärr inte kan ge mig de här tabletterna för Migrationsverket låter dem inte skriva ut sådana mediciner. Så allt handlar om Migrationsverket.

55: Jag har problem med mina tänder. I sjukvården säger de att jag inte kan få vård för att jag inte har uppehållstillstånd. Jag kan inte tugga maten och då är det jättesvårt att svälja. Har man rätt till vård eller inte? Jag vet inte när man har man rätt till vård och inte?

56: Hälsokommunikatörerna har pratat om dem som är under arton år, vilken rätt de har till tandvård eller annan vård - att det är gratis. Men informationen stämmer inte för när ensamkommande barn besöker vårdcentraler och tandläkare så är det inte gratis och då hjälper inte Hälsostödet.

För subgruppen kön ser vi att män i lägre andel än kvinnor, har upplevt behov av vård och även sökt vård i lägre grad – både före och efter Hälsostödet. Även för subgruppen utbildningsnivå följer mönstret i den här studiepopulationen andra studier. De med hög utbildning (<10 år) hade i lite mindre utsträckning upplevt behov av vård och även sökt vård i lägre grad än övriga grupper, en skillnad som kvarstod vid eftermätning 1, ett mönster för utbildningsnivå i hög utsträckning även gäller samhället i stort. Undantaget är subgruppen asylsökande, som oftare avstår ifrån att söka vård trots ett upplevt behov.

Förändring i vart vård sökes

Studiedeltagarnas förändrade sökmönster inom hälso- och sjukvården, till exempel om de väljer att söka vård på ett annat sätt efter genomgången Hälsostöd, är en indikator för hälsolitteracitet. Hur och var man söker vård har nämligen i hälsolitteracitetsforskning konstaterats vara kopplat till kunskap om hälso- och sjukvårdens olika enheter liksom till den egna förmågan att förstå och tolka symptom (Kickbush & Nutbeam 1998; Mårtensson & Hensing 2012). Ett av Hälsostödets formella har också varit att öka andelen adekvata vårdbesök och därigenom minska andelen felaktiga sökningar till framförallt akutmottagning vid sjukhus och ambulans. I analysen av vårdsokningsmönster har vi kunnat konstatera en generell trend, som tyder på att Hälsostödet kan ha haft den effekten. Vi ser tendenser mot att fler söker vårdcentral och sjukvårdsupplysning, jämfört med hur många som söker akutmottagning och ambulans. Det bekräftas även av fokusgruppsintervjuerna där många Hälsostödsdeltagare lyfter fram just kunskap om vart man ska söka, för vilken typ av problem, som en av de saker de tar med sig ifrån Hälsostödet:

108: Hälsokommunikatören förklarade hur man kan kontakta Vårdcentralen och, om det inte finns någon tid, så finns det en websida 1177, hur man kan få träffa en doktor eller sköterska utan att gå till Vårdcentralen. Förut gick vi direkt till Vårdcentralen, men nu har vi lärt oss att vi kan boka tid på internet, använda 1177. Det har varit en väldigt användbar kunskap.

122: Jag har fyra barn... om det händer någonting på kvällarna när vårdcentralen har stängt... var någonstans vi ska vända oss om dom har feber eller dom är sjuka. Till exempel att man kunde ringa till 1177 och att dom kan ge oss råd hur vi ska göra eller var vi ska vända oss.

I Tabell 7 redovisas denna trend som frekvensen 'studiedeltagare som har besökt en viss vårdenhet' och procentuell distansredovisning i förhållande till att söka vård på vårdcentral. Med distansredovisning menas här i vilken grad studiedeltagarna har sökt vårdcentral respektive annan vårdenhet. Ju större distansen är mellan sökningar till vårdenheterna, desto fler har sökt till den vårdenhet som anges överst jämfört med den

under. Utgångspunkten är att det finns ett idealt mönster i relationen mellan söktrycket på olika vårdenheter. Idealet antas här vara att sjukvårdsupplysning och vårdcentral är de enheter som det ska vara vanligast att söka till, och att distansen mellan dessa och akutmottagning och ambulans därför ska vara hög.

Tabell 7. Förändring av mönster för vårdsökande bland dem som upplevt behov av att söka vård. Antal vårdsökande per enhet (n=) samt distans (%) i konsumtionsmängd i relation till Vårdcentral.

Vårdenhet	Före Hälsostöd (baslinjemätning = 405)		Direkt efter Hälsostöd (eftermätning 1 = 140)		Två månader efter Hälsostöd (eftermätning 2 = 52)	
	Vård- sökande	Distans till Vårdcentral (%)	Vård- sökande	Distans till Vårdcentral (%)	Vård- sökande	Distans till Vårdcentral (%)
Vårdcentral	387		129		43	
Akutmottagning	98	295	21	514	6	620
Ambulans	71	445	15	760	3	1330
Sjukvårdsupplysningen	29	1234	12	975	5	760

Tabell 7 illustrerar att trenden i studiedeltagarnas sökmönster går i riktning mot ett sådant idealt mönster, eftersom vårdcentralbesök efter Hälsostödet är vanligare än besök på akutmottagning eller användande av ambulans. Vi ser det till exempel genom att distansen mellan vårdcentralbesök och akutmottagningsbesök succesivt ökar från baslinjemätning (295%) till eftermätning 1 (514%) och eftermätning 2 (620%). På samma sätt ökar distansen mellan vårdcentralbesök och att ringa ambulans, medan avståndet mellan vårdcentralbesök och ringa sjukvårdsrådgivningen istället minskar. Det blir alltså – i förhållande till konstanten vårdcentralbesök – allt vanligare att ringa sjukvårdsupplysningen, men allt mindre vanligt att söka akutmottagning och ringa ambulans.

Trenden och nivåerna skall tolkas med en viss försiktighet. Även om tabellen inte illustrerar förändring i direkta andelar, utan i en rankad ordning i förhållande till besök på vårdcentral, så ska även dessa resultatet förstås i förhållande till att de speglar olika tidsperioder. Om detta resultat läggs samman med övriga kvantitativa (statistiska) och kvalitativa (intervjuer) resultat, så vågar vi ändå påstå att materialet visar på en trend för ett

alltmer adekvat vårdsökningsmönster bland studiedeltagarna. Tabellen 7 kan därför sägas illustrerar en trolig faktisk förändring av vårdsökningsmönster.

När resultaten delas upp på språkgrupp ser vi att trenden ser likadan ut för både dari- och arabisktalande. Däremot ringer daritalande (16,3%) ambulans i högre grad jämfört med arabisktalande (6,8%) även efter Hälsostödet. Detta kan belysa den skillnad i sjuklighet som diskuterades ovan, men kan också visa på en skillnad i tillgång på egna transportmedel. Det kan också vara så att den här gruppens initialt låga kunskap om hälsa och hälso- och sjukvårdssystemet, som ovan föreslogs förklara deras positivt förändrade psykiska hälsa, här innebär en nackdel. Även om ökad kunskap främjar den psykiska hälsan, så kan det ändå vara så att kunskapen fortsatt är alltför bristfällig för att korrigera inadekvat vårdsökande i ett avancerat hälso- och sjukvårdssystem. Detta skulle i så fall bekräfta Hälsokommunikatörernas uppfattning att den här gruppen behöver fler Hälsostödstillfällen än de angiva fem, för att komma tillrätta i sitt nya hemland. Antalet svar i de olika subgrupperna är dock relativt lågt och resultatet bör därför tolkas med försiktighet.

Då gruppen asylsökande jämförs med de som har uppehållstillstånd ligger de förra något högre vad gäller att söka till akutmottagning och ambulans. Även efter Hälsostödet låg gruppen asylsökande kvar på samma höga nivå vad gäller att söka ambulans. Analysen av subgruppen utbildningsnivå bekräftar de två ovanstående analyserna: även här ser vi att de med lägst utbildning (en grupp som domineras av asylsökande, daritalande) i högre utsträckning sökte akutmottagning medan de med högst utbildningsnivå (7,7%) i lägst utsträckning ringde ambulans jämfört med de två andra utbildningsnivåerna (12% respektive 15 %).

När det gäller skillnader i mönster för vårdsökande i förhållande till kön ser vi att kvinnor både före (28%) och efter Hälsostödet (21,7%) i högre grad sökt till akutmottagning, jämfört med män (före Hälsostöd 19% och efter Hälsostöd 11,8%). Även när det gäller att ringa ambulans var det vanligare bland kvinnor (före Hälsostöd 21,1%) jämfört med män (12,2%), men detta förhållande bytte plats efter Hälsostödet då kvinnor (6,9%) i lägre grad än män (20%) sökt ambulans. Antalet män, som har angett att de har ringt ambulans, är dock så få (10 av 50 som har sökt vård) att några direkta slutsatser inte kan dras av detta.

När ovanstående subgruppsanalyser betraktas är det viktigt att hålla i åtanke att de endast illustrerar hur studiedeltagarna har sökt vård och inte om detta avspeglar adekvat vårdsökning, det vill säga om till exempel de studiedeltagande kvinnornas högre andel besök på akutmottagning speglar medicinskt korrekta beslut eller inte. Detta för att vi inte har någon information om studiedeltagarnas sjuklighet. Resultaten på subgruppsnivå måste därför även här förstås i förhållande till övriga analyser.

Förändring i hur vården upplevs

Ytterligare en analyserad faktor, som är kopplad till hälsolitteracitet, är patientnöjdhet. I enkäten har studiedeltagarna fått frågan om de har sökt vård men inte varit nöjda med denna. De som har svarat Ja på den frågan har fått ange skäl till varför de inte var nöjda. Patientnöjdhet ska inte förväxlas med vårdkvalitet. Det vi kan analysera genom den här frågan är istället varför patienter inte är nöjda och även se om detta förändras efter deltagande i Hälsostödet. Här kan individens hälsolitteracitet ha betydelse, dels för att den påverkar om man söker rätt vårdenhet och dels för att den påverkar förväntningar på besöket, inklusive den behandling man får (eller inte får) vid besöket (Jorm m.fl. 1997; Löve m.fl. 2016).

I Tabell 8 ser vi hur studiedeltagarna har svarat på frågan om patientnöjdhet. Vi ser att före Hälsostödet var högst andel studiedeltagare missnöjda med sitt vårdbesök för att de tyckt sig ha fått vänta för lång tid (47,3%). Vi ser också att det näst vanligaste skälet till missnöje var att man inte fått den behandling man velat ha (36,4%).

Tabell 8. Skäl till bristande patientnöjdhet. Antal (n) och andel (%) för angivet skäl till att inte vara nöjd med vård före och direkt efter Hälsostödet.

Negativ upplevelse av vård för att studiedeltagaren...	Före Hälsostöd (baslinje = 228)		Direkt efter Hälsostöd (eftermätning 1 = 81)	
	n	(%)	n	(%)
inte förstod vad läkaren eller sjuksköterskan sa	19	(14,7%)	8	(16,0%)
inte fick den behandling som hen ville ha	47	(36,4%)	30	(60,0%)
inte tyckte att personalen förstod vad hen hade för problem	25	(19,4%)	12	(24,0%)
tyckte att hen blev dåligt bemött	13	(10,1%)	2	(4,2%)
fick höra att hen jag inte har rätt till hälsosjukvård	26	(19,9%)	5	(10,4%)
det var för lång tid att vänta	61	(47,3%)	7	(14,3%)
tyckte att det var för dyrt	14	(10,9%)	2	(4,2%)
Annat	23	(18,3%)	15	(30,6%)

Den största förändringen – före och efter Hälsostödet – ser vi för kategorin 'för lång tid att vänta' där missnöjet har avtagit markant. Om studiedeltagarna i högre grad, efter Hälsostödet, har sökt på rätt vårdinstans kan det resultatet tolkas som att man helt enkelt får en mer rimlig väntetid när man söker för rätt sak på rätt vårdenhet. Vi ser också en markant förändring på det svar som handlar om ifall man fått den behandling man velat ha. Där har missnöjet nästan fördubblats, ett resultat som är något svårtolkat. Möjligen kan det vara så att man efter Hälsostödet bättre vet vilken behandling man har rätt till och därför blir mer missnöjd. Då underlaget är så pass litet och tidsperioderna skiljer sig åt är det tveksamt om någon slutsats kan dras, förutom för kategorin 'lång tid att vänta' där övriga analyser i utvärderingen som helhet kan sägas bekräfta detta resultat.

Trots ett sparsmakat underlag för eftermätning 1 just här har vi analyserat även den här frågan utifrån subgrupper. Vi har då kunnat konstatera att fler arabisktalande (42,2%) än daritalande (31,1%) före Hälsostödet ansåg att de inte fått den vård eller hjälp de behövde, medan den skillnaden inte kvarstod efter Hälsostödet (arabisktalande 42,9% och daritalande 39,6%). Att andelen som anser att de inte fått den hjälp de behöver ligger relativt högt både före- och efter Hälsostöd kan ha flera förklaringar. En kan givetvis vara att studiedeltagarna faktiskt inte har fått den vård de har behövt, men här skulle också kunna finnas en förväntan på ett visst beteende och en viss behandling som inte är i linje med den vård som ges i den svenska hälso- och sjukvården. I de kvalitativa intervjuerna finns exempel på kommentarer från Hälsokommunikatörer som pekar i den riktningen:

De är oroliga för att de inte ska få rätt diagnos. Om du till exempel har njursten så gör det jätteont, men när du går till en läkare här så säger de: 'Drick vatten.' I vårt land behöver du inte dricka vatten. Du gör en röntgen för att se vart stenarna sitter, de tar blodprov och om det är en stor sten så tar de bort den och du kommer att få urindrivande medicin. Det är behandlingen, men här "lidande och väntan". Det är för mycket sånt. Samma sak om man har problem med diskbräck då är det 'Alvedon!' och Alvedon räcker inte för folk. Jag säger inte att sjukvården i Sverige är dålig, men det finns några problem. Även väntetiderna... även svenskarna klagar ju på det. Ibland kanske man får vänta ett år... tre månader... sex månader... Även när det gäller antibiotika ... Vi hör många historier om antibiotika ... Jag tycker att det har gått för långt med det här.

Resultaten i Tabell 8 kan betraktas i förhållande till processutvärderingens diskussion om Hälsokommunikatörernas fortbildning och hittillsvarande möjlighet att (hinna) sätta sig in i det svenska sjukvårdssystemet. Det kan vara så att dessa behöver utökad fortbildning för att på ett bra sätt kunna fungera som Kulturtolkar 'åt båda håll'. Hälsokommunikatörens 'kulturtolkan' roll är viktig för att diskussionen, som illustreras i citatet, ovan över huvud taget ska komma till stånd, men det är också viktigt att de i sin nya yrkesroll ges en reell chans att tolka mellan både hemlandets och den kultur VGR önskar förmedla kring till exempel behandlingsprinciper. Här rekommenderas därför ett utvecklingsarbete, kopplat till Hälsokommunikatörernas fortbildning.

Upplevelsen av att inte få den vård man önskat dominerar bland grupper med högre utbildning (44,7% för de med >10 års utbildning jämfört med 29,4% för de med 0-4 års utbildning). I förhållande till citatet ovan är det lätt att dra slutsatsen att det resultatet kan spegla att den förra gruppen kan ha tydligare förväntningar på vad de vill ha när de söker vård. För den daritalande gruppen (46,6%) och för gruppen asylsökande (51,6%) var det vanligaste skälet till missnöje med ett vårdbesök istället att man fått höra att man inte har rätt till vård (för de med uppehållstillstånd var angav endast 10% detta skäl). Andelen för daritalande som anger detta skäl för missnöje vid eftermätningen sjunker till 25%, vilket skulle kunna indikera att gruppen har bättre kunskap om vad de har rätt till och vad de inte har rätt till och att de därefter har anpassat sitt vård sökande och sina förväntningar i enlighet med detta.

Slutligen har vi sett vissa skillnader vad gäller kön där betydligt fler kvinnor (64%) än män (46,2%) angav att de inte hade fått den vård de behövde. Denna fördelning var, precis som för ambulanssökningar, vid eftermätningen omvänd. Då angav en lägre andel denna kategori för missnöje, men 49,1% av männen och 32,5% av kvinnorna upplevde fortsatt att detta var ett skäl till missnöje. Som noterats ovan är tolkningar svåra, men en möjlig förklaring är förstås att den omvända upplevelsen är kopplad till att det som konstaterats ovan, nämligen att de Hälsostödsdeltagande kvinnorna har haft lättare att tillgodogöra sig vissa delar av innehållet i Hälsostödet.

Slutsatser och rekommendationer

Positiv förändring i psykisk hälsa på helgruppsnivå

Sammanfattningsvis så visar utvärderingen av förändring, före och efter Hälsostöd, i psykisk hälsa och hälsolitteracitet visar att hypotes 1-2 bekräftas, medan hypotes 3-4 bekräftas beroende på asylstatus. Det betyder till exempel att för hela gruppen Hälsostödsdeltagare associeras Hälsostöd med minskande psykisk ohälsa. En betydande andel av deltagarna underskrider, efter genomgången Hälsostöd, den kliniska gränsen för behov av ytterligare utredning. Förbättringen är generell, men ses mätt i andelar som högst för dem med lägst utbildning (Tabell 5) och de som har varit i landet 1-2 år (Tabell 3). Den generella förbättringen av dessa gränsvärden (Tabell 3) ger en viktig bild av Hälsostödets effekt eftersom förbättring, och även stabilisering, av den psykiska hälsan i det första skedet efter ankomst till ett nytt land är betydande för flyktingar.

En framgångsfaktor för dessa positiva effekter bedöms vara det sätt, på vilket Hälsokommunikatörerna har lett Hälsostöden (se vidare nedan), samt de psykologiskt gynnsamma gruppprocesser, som även tidigare forskning har visat att Hälsostödsliknande grupper ger. Resultaten från den kvalitativa processutvärderingen indikerar dock att projektet har brottats med en del uppstartsproblem, som kan ha påverkat genomförandet av Hälsostödet. Till exempel är det troligt att effekten av Hälsostödet kan öka om yrkesrollen Hälsokommunikatör stärks genom tydligare introduktion och fortbildning liksom en mer frekvent och utvecklad återkoppling och handledning.

Skillnad i effekt för olika subgrupper

Asylsökande uppvisar generellt en mindre förbättring efter genomgången Hälsostöd jämfört med deltagare som har uppehållstillstånd. De ligger till exempel fortfarande, efter Hälsostöd, en bra bit över det gränsvärde, som indikerar behov av fortsatt utredning för psykisk ohälsa. Både deltagare och Hälsokommunikatörer kommenterar även, i de kvalitativa intervjuerna, att Hälsostödet inte är tillräckligt för att lindra de symtom på psykisk ohälsa som asylsökande efter en tid i Sverige uppvisar.

Utvärderingen rekommenderar därför att HiS-programmet inkluderar en särskild vidareutbildning för hälso- och sjukvårdspersonal avseende hur ”vård som inte kan anstå” kan bedömas för asylsökandes psykiska hälsa. Utvärderingen rekommenderar också att projektet utvecklar en systematik kring hur lämpliga deltagare till Hälsostödet ska identifieras och hur de som har svårare problem ska kunna hänvisas vidare till adekvat vård (snarare än betraktas som målgrupp för Hälsostödet).

En slutsats, som dras på subgruppsnivå för hälsolitteracitet, är att män uppvisar mindre effekt för psykisk hälsa, men mer för hälsolitteracitet, än deltagande kvinnor. Denna skillnad märks också för subgruppen ålder: unga visar i lägre grad än äldre en positiv utveckling efter Hälsostödet. Hälsostödsgrupperna är idag genomgående ålders- och könsblandade, men baserat på detta resultat, som även är samstämmigt med annan forskning, rekommenderar vi att man utreder värdet i att lägga till exempelvis ett extra Hälsostödstillfälle som är särskilt riktat till ålders- respektive könssegregerade grupper.

Utvärderingen visar även att tid i landet har betydelse för den psykiska hälsan liksom Hälsostödets effekt. Den enda subgrupp som före Hälsostödet inte ligger över gränsvärdet för behov av vidare utredning är de som har vistats i Sverige <1 år. De som mår sämst före Hälsostödet är de som har varit här i 1-2 år, vilket förmodligen sammanfaller med att dessa fortsatt är i asylprocess. Samtliga de här subgrupperna visar på god effekt av Hälsostödet, men utvärderingen rekommenderar att detta resultat särskilt beaktas vid planering för framtida insatser, det vill säga att man beaktar vikten av tidiga insatser för att förebygga den svårare psykiska ohälsa som ses efter 1-2 år i Sverige.

Ökad hälsolitteracitet särskilt avseende psykisk hälsa

För hela gruppen Hälsostödsdeltagare associeras Hälsostöd med ökad hälsolitteracitet, framförallt med avseende på symtom och stigma kring psykisk ohälsa liksom var man söker vård för sådana problem. Då de flesta Hälsostödsdeltagare närvarat vid Hälsoinformation (ett tillfälle) innan vid baslinjemätningen indikerar förändringen även att det enda Hälsoinformationstillfället behöver utökas med ytterligare ett tillfälle då utrymme för frågor och fördjupade diskussioner finns. Inför en framtida integrering av Hälsoinformation och Hälsostöd i ordinarie verksamheter skulle Hälsoinformation därför kunna ges vid två tillfällen tidigt i asylprocessen, för att sedan följas upp med Hälsostöd efter till exempel sex månader.

Utvärderingen ger ett visst stöd för att Hälsostöd kan påverka deltagarnas vårdsökningsmönster. Efter Hälsostödet hade fördelningen mellan sökande till Vårdcentral/1177 jämfört med sökande till akutmottagning/ambulans förändrats, så att en lägre andel valde akutmottagning/ambulans. Även här återkommer de mönster, som har beskrivits ovan, för subgrupper asylsökande, låg utbildningsnivå och så vidare. Ett högre söktryck för akutsjukvård noteras för asylsökande, vilket kan förklaras med deras generellt svåra situation.

Ett förändrat vårdsökningsmönster till förmån för Vårdcentraler kan kanske inte förväntas för en grupp där många visar tecken på psykisk ohälsa samt har erfarenhet av att bli avvisade från primärvården. En rekommendation är därför att denna del av HiS-programmet analyseras i förhållande till vilka strukturella insatser för hälsolitteracitet som har gjorts, till exempel vad gäller beställarorganisationens precisering av uppdrag till

primärvården vad gäller asylsökandes rätt till vård liksom vårdpersonalens kunskap om migrationens hälsoeffekter.

Hälsostödets sammanhang av betydelse för effekt

Den kvalitativa utvärderingsdelen att genomgripande händelser i omvärlden, så som Migrationsverkets långa handläggningstider, migrationspolitik liksom VGR:s beredskap för snabba insatser har varit en utmaning för Hälsoinformationens och Hälsostödets genomförande. Vi bedömer att dessa faktorer har bidragit till en organisatorisk stress som kan ha uttryckts i att kvalitativ produktion (till exempel utarbetande av strategier för att säkra det hälsofrämjande i gruppsamtalet) har varit svår att uppnå parallellt med kvantitativ dito (antal personer som har genomgått Hälsostöd). Då det förre är en förutsättning för att interventionerna ska ha avsedd effekt på deltagarnas psykiska hälsa rekommenderar utvärderingen generellt ett utökat organisatoriskt stöd, inklusive ledningsstöd, och modifierade kvantitativa produktionsmål för projekt som är innovativa och omfattar många osäkerhetsfaktorer, som till exempel nya yrkesroller, målgrupper med mera.

De kvalitativa intervjuerna visar att den flexibilitet och snabbhet, som av till exempel SKL beskrivits som en framgångsfaktor, kan innebära stora utmaningar för dem som står närmast det praktiska arbetet i ett projekt. En reflektion från utvärderingsarbetet är därför att man i riskanalys för liknande projekt i högre grad länkar samman det omgivande samhällets behov av flexibilitet och snabbhet, med vad detta innebär för dem som praktiskt ska arbeta i ett projekt. Initialt kan man till exempel behöva avsätta extra organisatoriskt stöd (inklusive utökat ledningsstöd) och lägre produktionskrav för projekt som är innovativa och omfattar många osäkerhetsfaktorer. Vi rekommenderar även att man undersöker om till exempel Arbetsmiljöverkets stödmaterial vid organisationsförändringar skulle fungera som vägledande, eftersom även innovativa projekt präglas av den osäkerhet och instabilitet som karaktäriserar organisationsförändringar.

Vi vill därför betona, med utgångspunkt i projektmedarbetarnas berättelser om den ganska turbulenta uppstartsperioden, att arbetsmiljö – både psykosocial och annan – behöver ges särskild uppmärksamhet i den här typen av projekt. Vi vill också föreslå att, för sådana projekt, projektplaner i högre grad fungerar som ”levande dokument”, det vill säga att tids- och aktivitetsplan samt rollbeskrivningar återkommande diskuteras och uppdateras, med utgångspunkt i att en uppstartsperiod är en läroprocess.

Balans mellan olika mål viktigt för effektivitet

Samtliga fyra team arbetar med utgångspunkt i den Gruppledarguide, som baseras på SKL:s HiS-material. Dess betoning på olika mål skiljer sig dock något åt ifrån formuleringar i VGR:s projektdirektiv och projektplan. Utvärderingen tolkar detta som en

möjlig orsak till skillnader i tolkningar av projektets målsättningar, både horisontellt (mellan olika team) och vertikalt (mellan olika nivåer i projektorganisationen). Hälsostödets tre huvudsakliga målsättningar torde kunna uppnås genom gruppsamtalen, men projektorganisationen rekommenderas att precisera målsättningarna, tydliggöra hur olika målsättningar bäst uppnås, om vissa målsättningar är högre prioriterade än andra samt vilken evidensgrund olika metoder och mål baseras på.

Det hälsofrämjande gruppsamtalet, som är en avgörande komponent för Hälsostödets effekt, är i hög grad beroende av Hälsokommunikatörens förmåga att leda en grupp och att anpassa dess innehåll efter respektive Hälsostödsgrupps behov. Gruppsamtalets dialogform bygger på deras förmåga till lyhördhet, kunskap och stabilitet. Programtrohet betyder inte, så som ofta är fallet, att Hälsokommunikatörerna strikt ska följa samma upplägg i alla Hälsostödsgrupper, utan här ska snarare den programdos som erbjuds deltagarna anpassas så att den möter respektive grupps behov och förutsättningar. Utvärderingen rekommenderar därför en förtydligad yrkesrollsbeskrivning, plan för fortbildning liksom utveckling av Hälsostödsmaterialet, i syfte att stärka Hälsokommunikatören i rollen som ledare för ett målgruppsanpassat, kultursensitivt och hälsofrämjande gruppsamtal med deltagare av vitt skilda migrationserfarenheter, utbildningsbakgrund, asylstatus och hälsoläge.

Följsamhet: förutsättning och utmaning i arbete med diversifierad målgrupp

Utvärderingen drar slutsatsen att projektets pilot-karaktär, den diversifierade målgruppen och det stora upptagningsområdet har inneburit en utmaning för teamens rekryteringsarbete. Deltagarnas inbördes olika behov och Hälsostödets dialogform, med de krav på följsamhet som detta ställer, uppfattas som en utmaning för genomförandet och särskilt för Hälsokommunikatörernas yrkesroll. Vi rekommenderar därför att projektorganisationen arbetar mer systematiskt för att stödja och vägleda teamen inom båda dessa områden. Till exempel föreslås att man prövar ett tydligare system för att kartlägga de delar av målgruppen som finns inom ett specifikt geografiskt område/vårdverksamhet så att relevant upplägg kan formuleras och asylsökande med svårare psykisk ohälsa kan identifieras och hänvisas vidare till adekvata vårdinstanser.

Utvärderingen visar också behovet av en stärkning av den stödjande kulturen i arbetsgruppen. Nyanländas historier och ofta höga symptomtryck i början av Hälsostöd kan annars innebära ackumulerande hälsorisker för Hälsokommunikatörerna. Utvärderingen rekommenderar därför ett utökat och mer genomarbetat handledarstöd för Hälsokommunikatörerna, till exempel att detta formuleras i samklang med för motsvarande yrkesgrupps handledningsstöd och att en omvärldsanalys (programsammanhangets betydelse) rutinmässigt vägs in i VGR-projekts Riskanalys för projekt.

Rekommendationer i sammanfattning

Om utveckling av nedanstående kritiska frågor sker bedömer forskargruppen att den befintliga positiva associationen mellan deltagande i Hälsostöd och förbättring av nyanländas psykiska hälsa och hälsolitteracitet kan öka ytterligare. Forskargruppen rekommenderar sammanfattningsvis att:

- satsningen på Hälsostöd fortsätter då den kan anses vara positiv både på individ- och samhällsnivå, för mottagande och integration av asylsökande och nyanlända. Specifikt kan Hälsostöd erbjudas som en dokumenterat fungerande åtgärd för att främja nyanländas hälsa och hälsolitteracitet.
- man överväger om gruppen asylsökande ska erbjudas mer eller annan hjälp. Innehållet och deltagandet i Hälsostöd kan enligt föreliggande utvärdering inte fullt ut hjälpa personer i den mycket påfrestande och utdragna asylprocessen.
- åtgärder vidtas för att klargöra prioriteringar mellan uppdragets målsättningar och medel för att nå dessa.
- ökade resurser och fokus läggs på att stärka stödjande kultur med syfte att öka projektets effektivitet liksom att motverka hälsorisker för teamledare och Hälsokommunikatörer.

I utvärderingsarbetet har forskargruppen även identifierat mer specifika rekommendationer, nämligen att:

1. att HiS-programmet inkluderar en särskild vidareutbildning för hälso- och sjukvårdspersonal avseende hur ”vård som inte kan anstå” kan bedömas för asylsökandes psykiska hälsa,
2. att HiS-programmet utvecklar systematik och rutiner för hur målgruppsmedlemmar med svårare psykisk ohälsa ska identifieras och hänvisas vidare till adekvat vård (snarare än betraktas som målgrupp för Hälsostödet),
3. att vikten av tidiga insatser för att förebygga den svårare psykiska ohälsa, som ses efter 1-2 år i Sverige, beaktas vid planering för fortsatta insatser inom HiS-programmets tematik,
4. att Hälsoinformation, vid en eventuell framtida integrering i ordinarie verksamheter, ges vid två tillfällen tidigt i asylprocessen, för att sedan följas upp med fem Hälsostödsträffar efter till exempel sex månader.
5. att HiS-programmets innehåll och upplägg analyseras i förhållande till vilka *strukturella insatser* för hälsolitteracitet som har gjorts, till exempel avseende beställarorganisationens precisering av uppdrag till primärvården

vad gäller asylsökandes rätt till vård liksom vårdpersonalens kunskap om migrationens hälsoeffekter,

6. att riskanalysen i högre grad länkar samman det omgivande samhällets behov av flexibilitet och snabbhet, med vad detta innebär för de som praktiskt ska arbeta i ett projekt,
7. att arbetsmiljö – både psykosocial och annan – ges särskild uppmärksamhet i innovativa projekt,
8. att projekt som är innovativa och omfattar många osäkerhetsfaktorer ges extra organisatoriskt stöd (inklusive utökat ledningsstöd) och lägre produktionskrav,
9. att projektplaner och liknande i innovativa projekt i högre grad fungerar som ”levande dokument”, det vill säga att tids- och aktivitetsplan samt rollbeskrivningar återkommande diskuteras och uppdateras, med utgångspunkt i att sådana projekts uppstartsperiod bör betraktas som en lärprocess,
10. att projektorganisationen preciserar målsättningar, tydliggör hur olika målsättningar bäst uppnås, om vissa målsättningar är högre prioriterade än andra samt vilken evidensgrund olika metoder och mål baseras på,
11. att Hälsokommunikatörernas yrkesrollsbeskrivning förtydligas, att en systematisk plan för fortbildning liksom utveckling av Hälsostödsmaterialet skapas, i syfte att stärka Hälsokommunikatören i rollen som ledare för ett målgruppsanpassat, kultursensitivt och hälsofrämjande gruppsamtal med en diversifierad målgrupp,
12. att projektorganisationen arbetar mer systematiskt för att stödja och vägleda teamen i rekryteringsarbete,
13. att projektorganisationen (till exempel tillsammans med kommunrepresentanter) kartlägger vilka i målgruppen som finns inom ett specifikt geografiskt område/värd-verksamhet och utifrån det förbereder ett relevant upplägg för specifika Hälsostödsgrupper,
14. att projektorganisationen formulerar ett utökat och mer genomarbetat handledarstöd för Hälsokommunikatörerna, så att detta motsvarar andra liknande yrkesgrupps handledningsstöd,
15. att en omvärldsanalys rutinmässigt vägs in i VGR-projekts Riskanalys för projekt.

Referenser

- Anderson, L.M., Scrimshaw, S.C., Fullilove, M.T., Fielding, J.E., Normand J. (2003) Task Force on Community Preventive Services: culturally competent healthcare systems: A systematic review. *Am J Prev Med.* 24(3):68–79.
- Antonovsky, A. (1991) *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Azerkan, F., Sparén, P., Sandin, S., Tillgren, P., Faxelid, E. (2012) Cervical screening participation and risk among Swedish-born and immigrant women in Sweden. *Int J Cancer* 130: 937–947.
- Baird, M., Bimali, M., Cott, A., Brimacombe, M., Ruhland-Petty, T., Daley, C. (2017) Methodological challenges in conducting research with refugee women. *Issues in Mental Health Nursing*, 38:4.
- Barbour, RS. & Kitzinger, J. (2001) *Developing focus group research. Politics, theory and practice*. London: SAGE Publications.
- Bogic, M., Njoku, A., Priebe, S. (2015) Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC International Health & Human Rights* 15:29.
- Bradby, H., Humphris, R., Newall, D., Phillimore, J. (2015). *Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for refugees and asylum seekers in the European Region*. Health Evidence Network Synthesis Report 44, WHO.
- Braun, V. & Clarke, V. (2008) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in Psychology* 3:2:77-101.
- Brownson, RC, Colditz, GA, Proctor (Red.), (2012) *Dissemination and implementation research in health*. Oxford: Oxford University Press.
- Bunn, M., Goesel, C., Kinet, M., Ray, F. (2016). Group treatment for survivors of torture and severe violence: a literature review. *Torture*, 26 (1), 45-67.
- Carlzén, K. & Zdravkovic, S. (2016) Promoting Refugees' Right to Health and Social Inclusion: A Systematic Approach. *Public Health Panorama*, 2(4), Dec, 401-588.
- Dienes, Z. (2011). Bayesian versus orthodox statistics: Which side are you on? *Perspectives on Psychological Science*, 6(3), 274-290.
- Donath, S. (2001). The validity of the 12-item General Health Questionnaire in Australia: a comparison between three scoring methods. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(2), 231-235.
- Eriksson M. & Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health* 60:376-381.
- Fazel, M., Wheeler, J., Danesh, J. (2005) Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet* 365:1309-14.

- Flaskerud, JH. (2012) Cultural bias and Likert-type scales revisited. *Issues in mental health nursing* 33:2:130-132.
- Flottorp, S.A., Oxman, A.D., Krause, J., Musil, N.R., Wensing, M. Godycki-Cwirko, M., Baker, R. & Eccles, M.P. (2013) A checklist for identifying determinants of practice: A systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice, *Implementation Science* 2013, 8:35.
- Gigerenzer, G. (2004). Mindless statistics. *The Journal of Socio-Economics*, 33(5), 587-606.
- Graneheim, UH. & Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24:105-112.
- Greenhalgh, T. (2015). Health literacy: towards system level solutions. *BMJ: British Medical Journal (Online)*, 350.
- Hollander, AC. (2013) Social inequalities in mental health and mortality among refugees and other immigrants to Sweden – epidemiological studies of register data. *Global Health Action* 6:1, 21059.
- Holmgren, K., Lundgren, M. F., & Hensing, G. (2010). Bakgrund, metod och resultat. *Göteborg: Enheten för Socialmedicin, Göteborgs Universitet*.
- Hultsjö, S., & Hjelm, K. (2005). Immigrants in emergency care: Swedish health care staff's experiences. *International nursing review*, 52(4), 276-285.
- Ingleby, D. (2012) Ethnicity, migration and the 'social determinants of health' agenda. *Psychosocial intervention* Vol. 21, No. 3:331-341.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166(4), 182-186.
- Kalengayi, F. K. N., Hurtig, A. K., Ahlm, C., & Ahlberg, B. M. (2012). "It is a challenge to do it the right way": an interpretive description of caregivers' experiences in caring for migrant patients in Northern Sweden. *BMC health services research*, 12(1), 433.
- Kickbusch, I. & Nutbeam, D. (1998) *Health promotion glossary*. WHO Geneva: World Health Organization 14.
- Kickbusch, I., Pelikan, J.M., Apfel, F., Tsouros, A.D. (2013) *Health Literacy. The Solid Facts*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Lecerof, S. S., Stafström, M., Westerling, R., Östergren, P. O. (2016). Does social capital protect mental health among migrants in Sweden? *Health Prom Int* Sep;31(3):644-52.

- Liddon, L., Kingerlee, R., Barry, J. A. (2018), Gender differences in preferences for psychological treatment, coping strategies, and triggers to help-seeking. *Br J Clin Psychol*, 57: 42-58.
- Llácer, A., Zunzunegui, V., del Amo, J., Mazarrasa, L., Bolumar, F. (2007) The contribution of a gender perspective to the understanding of migrants' health. *J Epi Comm Health* 61(Suppl II):ii4-ii10.
- Löve, J., Hensing, G., Söderberg, M., Torén, K., Waern, M., Åberg, M. (2016). Future marginalisation and mortality in young Swedish men with non-psychotic psychiatric disorders and the resilience effect of cognitive ability: a prospective, population-based study. *BMJ open*, 6(8).
- Mangrio, E., Carlson, E., Zdravkovic, S. (2018) Understanding experiences of the Swedish health care system from the perspective of newly arrived refugees. *BMC Research Notes* 211:6161.
- Michalopoulos, L.M. & Aparicio, E. (2012). Vicarious trauma in social workers: The role of trauma history, social support, and years of experience. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 21(6), 646-664.
- Mitschke, D.B., Praetorius, R.T., Kelly, D.R., Small, E., Kim, YK. (2017) Listening to refugees: How traditional mental health interventions may miss the mark. *International Social Work*, Vol. 60(3):588-600.
- Murray, K.E., Davidson, G.R., Schweitzer, R.D. (2010) Review of refugee mental health interventions following resettlement: best practices and recommendations. *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol. 80, No. 4:576-585.
- Mårtensson, L. & Hensing, G. (2012) Health literacy – a heterogenous phenomenon: a literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 26(151–160).
- Nickerson, A., Bryant, R.A., Silove, D., Steel, Z. (2011) A critical review of psychological treatments of posttraumatic stress disorder in refugees. *Clinical Psychology Review* 31:399-417.
- Norredam, M., Garcia-Lopez, A, Kielsing, N., Krasnik, A. (2009) Risk of mental disorders in refugees and native Danes: a register-based retrospective study, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* Dec;44(12):1023-9.
- Pottie, K., m.fl. (2011) Evidence-based Clinical Guidelines for Immigrants and Refugees, *Canadian Medical Association. Journal*, Sep 6,183(12):E824-925
- Potvin, L. Juneau, C.E., Jones, C.M., McQuenn, D.V. (2011) Editorial: How is evidence used for planning, implementation and evaluation of health promotion? A global collection of cases. *Global Health Promotion*, suppl. Special Issue Global Programme on Health Promotion, 18(1): 7-8.
- Priebe, G. (2016) *Socialt hållbar forskning för jämlik hälsa, Evidens och praktiska råd för samhällsbaserad Aktionsforskning - en litteraturoversikt*, Rapport Västra Götalandsregionen.

Röthlin F., Pelikan J.M., Ganahl K. (2013) 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, [Health Literacy of 15 year old adolescents in Austria. Final report of the Austrian Health Literacy youth study contracted by the Federation of Austrian Social Insurance Institutions (HVSV)].

Saunders, R.P., Evans, M.H., Praphul Joshi (2005) *Developing a Process-Evaluation Plan for Assessing Health Promotion Program Implementation: A How-To Guide*. Health Promotion Practice, April, vol.6, no. 2: 134-47.

Sigvardsson, E., Malm, A., Tinghög, P., Vaez, M., Saboonchi, F. (2016) Refugee trauma measurement: a review of existing checklists. *Public Health Reviews* 37:10.

Sulaiman-Hill, C.M.R., & Thompson, S.C. (2010) Selecting instruments for assessing psychological wellbeing in Afghan and Kurdish refugee groups. *BMC Research Notes*, 3:237.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) *Hälsa i Sverige för asylsökande och nyanlända. Nationell spridning av insatser från förstudien om positiv hälsoutveckling för asylsökande och nyanlända*. Slutrapport S2015/06414/FS (SKL NDR 16/03142), Februari 2017.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL a) *Hälsostöd, Gruppverksamhet för asylsökande och nyanlända* (webmaterial <https://vimeo.com/192436750> hämtat december 2018).

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL b) *Hälsostöd, Hälsostöd: Introduktionsfilm - språk svenska* (webmaterial <https://vimeo.com/160853664> hämtat december 2018).

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL c) *Nyanlända som resurs* (webmaterial <http://play.quickchannel.com/Qc/create/mainshow.asp?play=14253> hämtat december 2018).

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J. M., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., Brand, H. (2013). Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC public health*, 13(1), 948.

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12(1), 80.

Tinghög, P., Al-Saffar, S., Carstensen, J., Nordenfeldt, L. (2009) The association of immigrant- and non-immigrant-specific factors with mental ill health among immigrants in Sweden. *International Journal of Social Psychiatry*, Vol. 56(1):74-93.

Tinghög, P., Arwidson, C., Sigvardsson, E., Malm, A., Saboonchi, F. (2016) *Nyanlända och asylsökande i Sverige. En studie av psykisk ohälsa, trauma och levnadsvillkor*. Röda Korsets Högskolas rapportserie 2016:1.

Thorogood, M. & Coombes, Y. (2010) *Evaluating Health Promotion, Practice and Methods*. Oxford University Press.

Tucker, S. (2011) Psychotherapy groups for traumatized refugees and asylum seekers. *Group Analysis*, 44 (68), 69-82.

Uppdrag Psykisk Hälsa. GHQ12 – General Health Questionnaire-12. Hämtad från: <https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/assets/uploads/2018/02/GHQ-12.pdf> [2018-12-17]

Varvin, S. (2003) *Mental survival strategies after extreme traumatisaton*. Copenhagen: Multiver.

Västra Götalandsregionen. Asylsökandes vårdkonsumtion i Västra Götaland 2011–2016. Fördjupingsrapport Verksamhetsanalys, Koncernavdelningen data och analys, 2017.

Weaver, R.R., Lemonde, M., Payman, N., Goodman, W.M. (2014). Health capabilities and diabetes self-management: the impact of economic, social, and cultural resources. *Social Science & Medicine*, 102, 58-68.

World Health Organization (WHO). (2013) *Health Literacy. The Solid Facts* [Online]. Available from: <http://www.thehealthwell.info/node/534072>[hämtad December 2018]

World Health Organization (WHO). (2016) *Strategy and action plan for refugee and migrant health in the WHO European Region* [Online]. Tillgänglig på: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/314725/66wd08e_MigrantHealthStrategyActionPlan_160424.pdf?ua=1 [hämtad December 2018]

Wångdahl, J., Lytsy, P., Mårtensson, L., Westerling, R. (2014). Health literacy among refugees in Sweden—a cross-sectional study. *BMC public health*, 14(1), 1030.

Wångdahl, J., Lytsy, P., Mårtensson, L., Westerling, R. (2015). Health literacy and refugees' experiences of the health examination for asylum seekers—a Swedish cross-sectional study. *BMC public health*, 15(1), 1162.

Wångdahl, J., & Al-Adhami, M. (2017) Hälsokommunikation i samhällsorienteringen i Stockholms län 2015–2016: En utvärderingsrapport.

2019-05-20

Dokumentnamn: Priebe m.fl. Utvärdering Hälsa i Sverige VGR

Diarienummer: HS 2017-00472

Kontaktperson: Lina Gustin, Regional samordnare, VGR



HS 2017-00472