

Hälsokommunikation på modersmål – gör den någon skillnad? Etablering, utveckling och utvärdering

Katarina Löthberg¹ Björn Fryklund² Ragnar Westerling³
Achraf Daryani⁴ Martin Stafström⁵

¹Projektledare, MIM; Malmö högskolan. E-post: katarina.lothberg@mah.se. ²Professor i Sociologi, Föreståndare för Malmö Institute for Studies of Migration, Diversity and Welfare (MIM). E-post: bjorn.fryklund@mah.se. ³Professor i socialmedicin vid Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, socialmedicin vid Uppsala universitet. E-post: ragnar.westerling@pubcare.uu.se. ⁴Forskare, PhD vid Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, socialmedicin vid Uppsala universitet. E-post: achraf.daryani@pubcare.uu.se. ⁵Biträdande forskare, Socialmedicin och global hälsa. E-post: martin.stafstrom@med.lu.se.

Invandras hälsa är sämre än totalbefolkningens. Jämlik hälsa är en nationell målsättning. Kan en hälsokommunikativ intervention påverka nyanlända flyktingars och invandras hälsa? Denna artikel beskriver hur hälsokommunikatörsverksamheten etablerats, utvärderats och spridits. Forskningsprojektet IMHAd – Impact of Multicultural Health Advisors – har med hjälp av en longitudinell kohortstudie försökt ta reda på om verksamheten har effekt på målgrupperna. Resultatet av studiens folkhälsodata presenteras summariskt och artikeln avslutas med en reflektion kring hälsokommunikatörernas möjligheter att få genomslag på målgruppernas hälsoutveckling.

Immigrants' health is worse than the overall population in Sweden. Equality in health is a national objective. Can a Mother Tongue Health Advising intervention influence the health of newly arrived refugees and immigrants? This article is describing how a Health Advising activity has been established, evaluated and disseminated. The research project IMHAd – Impact of Multicultural Health Advisors – tries to find out if the intervention has an impact on the target groups' health, using a longitudinal cohort study. Results from the public health survey data, collected by IMHAd, are presented briefly and the article concludes with a reflection on the Health Advisor's opportunity to have an impact on target groups' health development.

Inledning

Att immigranternas hälsa, och då särskilt flyktingars, är sämre än totalbefolkningens i Sverige är belagt i många studier. Rätten till högsta uppnåeliga hälsa är inskriven i flera världsomspännande överenskommelser, bl. a i FN: s deklarationer om mänskliga rättigheter¹, som har sin grund i idéerna om alla människors lika värde och utgör den ursprungliga grunden för rätten till högsta uppnåeliga hälsa.

Kunskapen om den ojämlika hälsan och överenskommelserna om jämlik hälsa är förpliktigande. Insatser för mer jämlik hälsa är ett ansvar och ett åtagande för flera olika organisationer. På strukturell nivå främst för landsting och kommuner. De ska se till att de strukturella förhållandena skapar förutsättningar för hälsofrämjande och goda levnadsvillkor - trygga miljöer, bra bostäder, utvecklande utbildning och goda försörjningsmöjligheter. Individerna i samhället har ansvar för att tillägna sig och upprätthålla en hälsofrämjande livsstil. God hälsa förutsätter goda kunskaper hos både samhällets organisationer och individer. Det är just dessa goda kunskaper som hälsokommunikatörerna försöker förmedla till i (huvudsak) nyanlända invandrare.

Folkhälsoarbete är viktigt men också svårt. Mer än en gång har företrädare för Statens folkhälsoinstitut, för hälso- och sjukvården, för kommunala folkhälsoarbetare och frivilligorganisationer med hälsa på agendan

frågat *Varför gör de inte som vi säger?*

Folkhälsoforskare kartlägger och beskriver vad som skapar hälsa respektive ohälsa. Kunskaperna sprids i rapporter och artiklar till organisationer och till medborgare. Men hur tas vetandet om hand och vad blir det av resultaten? Ett gott resultat är att färre personer i Sverige röker idag än för 10 år sedan – gäller dock ej unga kvinnor -, att gravida kvinnor avstår från både rökning och alkohol, att trafiksäkerheten ökat. Sämre är att den psykiska ohälsan ökar och allt fler unga lider av stress och depressioner, att arbetslösheten bland unga är hög och att bristen på bostäder är skriande. Att en alltför stor andel unga inte fullföljer sina gymnasiestudier och att dessutom många 15-åringar lämnar grundskolan utan fullständiga betyg kan leda till framtida ohälsa och förtida dödlighet.

Eftersom socioekonomiska förhållanden starkt påverkar den ojämlika hälsan så finns det skäl att rikta specifika hälsofrämjande insatser till olika grupper. Interventioner som utformas utifrån olika behov kan skapa förutsättningar för mer jämlik hälsa. ”Genom att göra olika kan lika uppnås” som professor Allan Krasnik vid Det Sundhetsvetenskapliga Fakultet, Institutet för Folkesundhetsvetenskap, Köpenhamns Universitet summerade det på IMHAD: s avslutningskonferens i december 2011.

Denna artikel fokuserar på hur IMHAD etablerats och redovisar några

¹ UN. Universal Declaration of Human Rights. G. A. Res. 217A (III), UN GAOR, Res. 71, UN Doc. A/810. New York: United Nations, 1948

resultat från en modifierad folkhälso-studie riktad till nyanlända irakier.

Forskningspartnerskapet IMHAD – Impact of Multi-cultural Health Advisors

IMHAD ville ta reda på om hälsokommunikatörer kan göra någon skillnad. Malmö Högskola, Lunds universitet, Uppsala universitet, Region Skåne, Blekinge tekniska högskola, Landstinget i Blekinge, Regionförbundet Östsm i Östergötland, Botkyrka, Eskilstuna, Kinda kommuner och Malmö stad bildade ett partnerskap och erhöll medel från Europeiska flyktingfonden i två perioden augusti 2007 till och med december 2008 och januari 2009 till och med december 2012.

IMHAD: s ansökan utgick från aktuell forskning på området migration och hälsa. Bland andra har Integrationsverket 2006² rapporterat att dålig självskattad generell hälsa, samt dålig upplevd fysisk och psykisk hälsa är vanligare bland utrikes födda. Ett annat genomgående mönster är att utrikes födda, med ursprung utanför västvärlden, skattar sin hälsa sämst. Dessutom finns belegg för att dålig självskattad hälsa har samband med högre sjuklighet och förtida dödlighet³.

FN:s särskilda sändebud för Rätten till hälsa, professor Paul Hunt⁴ (2002-2008), kritiserade Sverige för att beslutsfattare på lokal och nationell nivå saknade kunskaper på området hälsa och asyl/integration.

Hälsokommunikatörer - en innovativ intervention

Risken att asylsökande och nyanlända flyktingar hamnar i en ond cirkel av upplevd dålig hälsa, svårigheter att tillägna sig undervisningen i svenska för invandrare (sfi) och andra introduktionsinsatser, och svårigheter att etablera sig på arbetsmarknaden är inte obetydlig. Hälsokommunikatörer, HK, utvecklades i Malmö i ett samarbete mellan stadens företrädare och Sydvästra sjukvårdsdistriktet i Region Skåne från 2001 och var ett försök att angripa denna risk.

Ett syfte var att förmedla kunskaper, till både individer och organisationer, för att utjämna den ojämlika hälsan. Ett annat var att skapa arbetstillfällen för invandrade personer med erfarenheter från hemlandets hälso- och sjukvård. Hälsokommunikatörerna skulle med hjälp av sina modersmål förmedla kunskaper till personer med samma modersmål. De skulle också förmedla kunskaper om de nya patientgrupperna till personal inom hälso- och sjukvården.

Hälsokommunikatörernas styrka var att de informerades och diskuterades på deltagarnas egna modersmål. Ny kunskap som förmedlas på modersmål är lättare att förstå innebörden av än ny kunskap, som ska ta omvägen via ett andraspråk, som mottagaren behärskar i ringa grad. I detta sammanhang spelar också utbildningsnivån stor roll. De sfi-verksamheter vars deltagare hade

² http://www.mkc.botkyrka.se/biblioteket/Publikationer/stencilserie/2007_01HKB.pdf

³ M. Emmelin, Self-rated health in public health evaluation, 2004

⁴ P. Hunt, Mission to Sweden 2007

högskoleutbildning skattade behovet av HK-verksamheten lägre än de som hade deltagare med kort eller ingen utbildning.

Etableringen av Internationella hälsoinformatörerna – den ursprungliga benämningen – utvärderades i omgångar av Elisabeth Dejin Karlsson m fl.⁵ Utvärderarna skriver att verksamheten utvecklas och utgör en resurs men kan inte uttala sig direkt om effekterna av verksamheten.

”I takt med att projektet blivit mer känt i de fyra stadsdelarna (Fosie, Rosengård, Hyllie och Södra Innerstaden) så har hälsoinformatörerna blivit mer efterfrågade och projektet har utvecklats såväl kvalitativt som kvantitativt.”

”Även om effekter är omöjliga att utvärdera efter så kort tid som tre år, menar vi att hälsoinformatörerna med sin tidigare utbildning inom hälso- och sjukvård, sin språkliga och kulturella kompetens är en resurs inom folkhälsoarbetet i syfte att nå utlandsfödda personer med risk för ohälsa.”

Att hälsokommunikatörernas verksamhet rönt uppskattning framkom åter i den intervjustudie som Katarina Löthberg och Hans-Eric Wikström, Uppsala kommun, genomförde hösten 2006. Inom sfi och vuxenutbildning i Malmö ansåg skolledare att om HK inte fanns så skulle förvirring och

vilsenhet uppstå och trycket på lärarna skulle öka. På vårdcentralerna menade cheferna att HK-verksamheten minskade risken för att missförstånd och fel diagnoser skulle öka. Deltagarna skulle också gå miste om den grundläggande hälsoinformationen.

Spridning och påverkan

2006-2007 beviljade Europeiska socialfondens Equal-program, Fas III, medel till ett spridnings- och påverkansprojekt *Hälsokommunikatörer i ett mångkulturellt samhälle*. Innovationen spreds som ett s. k ”best practice”-exempel genom Socialdepartementet till Europa inför Portugals EU-ordförandeskap..

Hälsokommunikatörsverksamheten spreds i Sverige och etablerades i Blekinge våren 2006, men lades ner pga. bristande finansiering, och i Östergötland 2007, där den nu är implementerad. Från december 2009 till december 2010 har det funnits hälsokommunikatörer i Dalarna med lokalisering till Borlänge. Stockholms läns landsting beslöt att inrätta hälsokommunikatörer och efter ett halvårs utbildning startade de sin verksamhet 2010.

I samband med förberedelserna för etableringsreformen⁶, som trädde i kraft december 2010, uppkom en diskussion om hälsokommunikation respektive samhällskommunikation. I den lagstadgade samhällsinformationen⁷ till flyktingar och andra skyddsbehövande och deras anhöriga ingår om-

⁵ Utvärdering av projektet Internationella hälsoinformatörer, Delrapport 2, 2004 omfattade verksamhetsperioden 2002-2003, Delrapport 3, 2005, som omfattar åren 2003-2004

⁶ <http://www.arbetsformedlingen.se/Om-oss/Var-verksamhet/Samarbete/Etablering-av-nyanlanda.html>

⁷ <http://www.regeringen.se/content/1/c6/15/30/95/75533489.pdf>

rådet hälsa som ett av (8) åtta teman. Detta har i viss mån påverkat verksamheten och dess fortsatta utveckling och spridning.

Gör hälsokommunikatörer någon skillnad?

Det finns få studier som undersöker effekterna av interventioner riktade till nyanlända invandrare.

Without data disaggregated on the grounds of race and ethnicity, how do the authorities know the scale and nature of this problem? If they do not know the scale and the nature of the problem, how can they devise the most appropriate interventions?

If an intervention were introduced, how would they know whether or not it was effective? (Human Rights Council 2007:29-30)

Projektet *Hälsokommunikatörer i ett mångkulturellt samhälle* tog sig an denna typ av frågor och skissade i början av 2007 på en studie, som skulle kunna ta reda på effekterna av hälsokommunikatörernas arbete. Studien fick arbetsnamnet Tvärsnittsstudien och genomfördes av Achraf Daryani. Våren 2010 publiceras en rapport⁸ och i detta nummer av Socialmedicinsk tidskrift finns en artikel om studien⁹.

Analysen av sambandet mellan antalet möten med hälsokommunikatörerna och kunskapsfrågorna visade att de som träffat hälsokommunikatörerna tre gånger eller fler i högre grad tilläg-

nat sig kunskaper på de områden som hälsokommunikatörerna tagit upp.

Nyanlända irakiernas hälsa i folkhälsotermer

IMHAD: s målsättning var att ta fram en robust bas för det fortsatta spridningsarbetet. Därför hävdade vi i ansökan till Europeiska flyktingfonden våren 2007 att det förelåg behov av en gedigen utvärdering av interventionen hälsokommunikativa verksamhetens effekter som underlag för implementering i större skala. Vi ville utvärdera projektet avseende såväl utfall mätt i folkhälsovetenskapliga mått, som i eventuella hälsoekonomiska vinster. Effektutvärderingen bestod av tre faser;

- en beskrivning av hälsan hos målgruppen innan den utsatts för interventionen (internationella) hälsokommunikatörer, en föremätning helt enkelt
- en interventionsperiod
- en eftermätning

Den kvantitativa studien avsåg att jämföra två grupper av individer, dels en grupp som får hälsoinformation av hälsokommunikatörer i ett organiserat program och dels en grupp som inte nås av hälsokommunikatörernas arbete. Målgruppen kom därför att bestå av respondenter bosatta i samtliga kommuner i åtta län. I Skåne län, Östergötlands län och Stockholms län fanns det eller skulle komma att finnas hälsokommunikatörsverksamhet under forskningsperioden. I Uppsala län, Sörmlands län, Örebro län, Västra Gö-

⁸ <http://www.mah.se/upload/GF/MIM/Rapport%20IMHAD%20AD%20100301.pdf?epslanguage=sv>

⁹ Olika villkor- olika hälsa, hälsan bland irakier folkbokförda i Malmö 2005-2007

talands län och Kronobergs län fanns inte och planerades inte heller hälsokommunikatörsverksamhet, så vitt vi kände till. Vid tiden för studiens etablering var irakier den utan jämförelse största invandrargruppen. Den studerade kohorten bestod av irakier som fått uppehållstillstånd under perioden december 2007 – februari 2008, drygt 1 200 personer i åldrarna 18-84 år.

Våren 2008 genomfördes en föremätning och två år senare bjöds de respondenter som svarat en uppföljningsenkät.

Resultat

Föremätningen

Studien syftade till att bidra med kunskaper, som skulle utgöra en god bas för att diskutera flyktingars och invandrades hälsosituation, och för att diskutera och besluta om interventioner i syfte att skapa förutsättningar för mer jämlik hälsa.

Enkäten distribuerades i en svensk-språkig och en arabiskspråkig version till 1213 respondenter. Svarsfrekvensen var cirka 51 %. Resultaten på de enskilda frågeområdena bekräftade tidigare studiers resultat, nämligen att hälsan bland de irakiska respondenterna var generellt sämre än totalbefolkningens i Sverige. Susanne Sundell Lecerof har presenterat resultaten utförligt i rapporten *Olika villkor – olika hälsa, Hälsan bland irakier i åtta av Sveriges län 2008*¹⁰. Följande åldersstandardiserade resultat visar på väsentliga hälsoskillnader mellan den irakiska gruppen och respon-

denterna i den nationella folkhälsoenkäten 2008.

- Dubbelt så många irakier skattade sin hälsa som dålig eller mycket dålig jämfört med respondenterna i den nationella folkhälsoenkäten.
- Fetma och övervikt var upp till tre gånger vanligare i den irakiska gruppen än i befolkningen i riket. Resultatet på området fysisk aktivitet visade att irakierna – både män och kvinnor – var fysiskt mer inaktiva än befolkningen i Sverige.
- De irakiska respondenterna rapporterade minst dubbelt så höga värden på variablerna nedsatt psykiskt välbefinnande, stress och sömnbesvär.
- Respondenterna skattade sina sociala relationer som få. De hade låg grad av socialt stöd och tilliten till andra var låg.
- Andelen otillfredsställda vårdbehov var hög och en hög andel rapporterade ekonomiska problem.

Mot bakgrund av att respondenternas medelålder är ca 37 år, och bortfallet i den yngsta åldersgruppen 18-24 år är större än i de andra åldersgrupperna är det väsentligt att fundera över konsekvenserna av ohälsan på lång sikt.

Eftermätningen – Irakiers hälsa två år efter uppehållstillstånd

April 2010, två år efter föremätningen, skickades en något modifierad enkät till dem som svarat på den första. Eftermätningen resulterade i en svarsfrekvens på cirka 72 %.

Några korta resultat från eftermätningen visar att

¹⁰<http://www.mah.se/upload/GF/MIM/IMHAD%20rapport%20SSL%2010%202%2005,%202.pdf?epslanguage=sv>

- respondenternas medianålder är låg, 38 år vid uppföljningstillfället, 75 % är mellan 21 och 46 år.
- vanligaste sysselsättningen drygt två år efter beviljat uppehållstillstånd är sfi-studier, 55 %
- respondenternas ekonomiska situation är ansträngd
- respondenternas hälsa är generellt sett sämre än hälsan hos totalbefolkningen i Sverige – större andel som har dålig självsattad hälsa, mental ohälsa, dålig tandhälsa och högt BMI och
- få respondenter uppgav att de träffat och påverkats av hälsokommunikatörerna.

Svaren jämfördes med svaren i den första datainsamlingen för att analysera förändringar över tid. Hade värdena på de hälsovariabler vi undersökt förändrats och i så fall hur? Kunde förändringarna tillskrivas hälsokommunikatörernas arbete? Resultaten från de båda undersökningarna jämfördes också med de nationella folkhälsoundersökningarna 2008 respektive 2010.

Resultatet av den longitudinella effektstudien har presenterats i rapporten *En osynlig intervention?* av Susanne Sundell Lecerof och Martin Stafström, Lunds universitet. I de län som introducerat hälsokommunikatörer angav knappt var femte av de nyanlända irakierna att de träffat hälsokommunikatörer. Det förefaller således som att det funnits problem med täckningsgraden för denna intervention. Det fanns också små förändringar i de olika utfallsmåtten. Tandhälsan hade emellertid för-

bättrats generellt och signifikant i interventionslänen. Man kan anta att det sammanfaller med att fler personer fått tillgång till tandvård efter att de kommit till Sverige. Vidare ökade förtroendet för hälso- och sjukvården, framförallt för sjukhus och för barn- och mödrahälsovård i interventionslänen. Det fanns också en tendens att färre personer rapporterade otillfredsställda vårdbehov hos barn.

Hälsokommunikatörernas arbete

IMHAD genomförde också en kartläggning av hälsokommunikatörernas arbete¹¹. Dokument som beskriver hälsokommunikatörernas verksamhet, bakgrund och utbildning studerades och deras arbete följdes och observerades. Undersökningen pekade på flera vägar att utveckla verksamheten, exempelvis genom en gemensam utbildning, tydligare struktur och förankring i samverkande organisationer, utveckling av de pedagogiska metoderna med mer praktiska inslag och dialog samt genom kontinuerlig kompetensutveckling av hälsokommunikatörerna.

Diskussion

Ett syfte med hälsokommunikatörernas arbete är att påverka folkhälsan. Det är omvittnat svårt att påverka människors beteende och kanske ännu svårare att påverka de strukturella förhållanden i samhället som påverkar människors hälsa.

Den hälsosituation som framträder i studien har konsekvenser för de stora folksjukdomarna hjärt-kärl och diabeten.

¹¹ Achraf Daryani och Katarina Löthberg, Modersmålsbaserad hälsokommunikation 2001-2011

tes typ 2. Dessa sjukdomar leder till stora behov av sjukvård och långvariga sjukskrivningar. Den ådagalagda hälsosituationen är således mycket kostsam ur både samhällets och individens perspektiv. Därför blir det viktigt att ta ställning till vilka interventioner som skulle kunna förbättra hälsan och förebygga ohälsa. Om man räknar på kostnaden för interventioner och ställer dem mot kostnaderna för det ohälsoscenario, som studien visar, så är det förmodligen ytterst kostnadseffektivt att göra rejäla hälsofrämjande insatser och betrakta dem som investeringar i hälsa. Om ohälsa och sjukdom kan förhindras så är det en samhällsvinst för kommunerna, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen – minskat behov av försörjningsstöd, sjukersättning respektive arbetslöshetsersättning; för arbetsgivarna – lägre kostnader för korttidssjukfrånvaro; för hälso- och sjukvården – lägre behov av vård och för individerna själva – bättre ekonomi. IMHAD har presenterat en bild av nyanlända irakiernas hälsa och den bör kunna användas för att utveckla verksamheter som leder till en mer jämlik hälsa.

Frågan om hälsokommunikatörerna kan göra någon skillnad har vi inte kunnat besvara helt. Det beror inte på hälsokommunikatörernas arbete utan troligen på strukturella förhållanden.

Antal - hälsokommunikatörerna är förfå i förhållande till den stora grupp som har behov av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. Detta har förmodligen påverkat det faktum att mycket få respondenter i IMHAD: s olika delstudier faktiskt uppger att de

träffat hälsokommunikatörerna.

Material – IMHAD har också studerat hälsokommunikatörernas arbete i mötet med sina olika målgrupper och funnit att de har ett gediget material till sitt förfogande, de kommunicerar på sina modersmål och svenska, de inbjuder till samtal och erfarenhetsutbyte i grupperna.

Anställningstrygghet – Verksamheterna har bedrivits på projektbasis, vilket medfört att anställningarna varit osäkra. I Östergötland har verksamheten dock varit relativt stabil från start, i Skåne har organisationen förändrats flera gånger och flera av dem som arbetat som hälsokommunikatörer har lämnat verksamheten. I Stockholm har verksamheten pågått i knappt två år.

Organisation – Organiseringen av verksamheten är komplex, eftersom hälsokommunikatörerna utför sitt arbete på andra organisationers beställning.

Utbildning – Det saknas en enhetlig utbildning för uppdraget, vilket kan ha betydelse för att deras roll är otydlig för målgrupperna och samarbetsorganisationerna. Detta inverkar på möjligheterna att få genomslag.

Dessa förhållanden kan ligga bakom att idéerna till detta mycket viktiga folkhälsorarbete inte kunnat förverkligas fullt ut.

IMHAD: s resultat och aktuell debatt

Migranternas hälsa och hälso- och sjukvårdens möjligheter att möta olika in-

vandrargrupperns behov är när denna artikel publiceras en stor fråga. Sveriges kommuner och landsting har dragit igång ett utvecklingsarbete på temat Vård på lika villkor med syftet att göra vården mer jämlik. Det pågår också en debatt om bristen på och behovet av sjukvårdstolkar. Hälsokommunikatörerna skulle kunna göra skillnad. De skulle kunna ge nyanlända invandrare en gedigen utbildning kring hälsofrämjande livsstil, egenvård och hur den svenska hälso- och sjukvården kan användas på ett adekvat sätt. Utbildningen kan bedrivas på modersmål och svenska parallellt. Verksamheten bör organiseras utifrån olika grupperns behov – ungdomar, föräldrar, män respektive kvinnor, äldre. Också grupper av personer med de stora folksjukdomarna så som diabetes och hjärtkärlsjukdomar skulle kunna organiseras för att påverka deras livsstil för att öka livskvalitet och minska behov av sjukvård. En effektiv och väl strukturerad hälsokommunikativ verksamhet skulle kanske kunna minska behovet av sjukvårdstolkar.

Info om IMHAD

<http://www.mab.se/english/research/Our-research/Centers/Malmo-Institute-for-Studies-of-Migration-Diversity-and-Welfare/Research-at-MIM/Current-Research-at-MIM/IMHAD---Impact-of-Multicultural-Health-Advisors/>

På denna länk finns IMHAD:s samtliga forskningsrapporter.