

# Hälsokommunikatörer kan bidra till bättre hälsa hos utlandsfödda

**SOFIE BÄARNHJELM**, med dr, överläkare, enhetschef  
sofie.baarnhielm@sll.se  
**HAIBE HUSSEIN**, B Sc i biologi, hälsokommunikatör; båda Transkulturellt Centrum  
**ULRIKA BAKER**, ST-läkare, Husby Akalla akademiska vårdcentral; doktorand, institutionen för folkhälsovetenskap och

Centrum för allmänmedicin (Cefam), Karolinska institutet  
**PETER ALLEBECK**, professor i socialmedicin, institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet; överläkare, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin; samtliga Stockholms läns landsting

»Det är så många hinder man ska passera i Sverige för att komma någonstans. Jag blev orkeslös av de krav som fanns i början. Jag trodde aldrig att det skulle vara så svårt att komma till ett annat land. Det stressade mig.«

(Nyanländ tigrinjatalande kvinna i samtal med hälsokommunikatör)

Hälsan är ojämlik, och ojämlikheten ökar. Den svenskfödda delen av befolkningen har i allmänhet bättre hälsa än den utlandsfödda. Särskilt stor är skillnaden i förhållande till flyktingar. Den som är ny i Sverige möter ett nytt och komplicerat sjukvårdssystem. För många innebär det även nya sätt att se på hälsa, sjukdom, behandling och att söka hjälp. Nyanlända behöver få en introduktion i hälsofrämjande levnadsvanor och hur sjukvården fungerar. Utifrån ett utvecklingsarbete i Stockholms läns landsting redogör vi för hur en ny yrkesgrupp, hälsokommunikatörer, kan bidra i arbetet med att förbättra hälsan och öka kunskaperna om den svenska hälso- och sjukvården hos nyanlända flyktingar och invandrare.

## Migration och ojämlik hälsa

En rad studier har visat på ojämlikhet i hälsa mellan svensk- och utlandsfödda och att migration är en riskfaktor för sämre hälsa, särskilt för flyktingar. En högre dödlighet har påvisats bland invandrare än bland svenskfödda [1]. Personer med utländsk bakgrund rapporterade genomgående en sämre hälsa än svenskfödda i SCB:s undersökningar av levnadsförhållanden, som refereras i Socialstyrelsens Folkhälsorapport [2]. Sämst hälsa rapporterade de som var födda utanför Europa. Många utlandsfödda kommer från länder där risken att ha smittats av svåra och långvariga sjukdomar, till exempel hepatit B och C, tuberkulos och HIV, är mycket större än i Sverige [2].

Medan insjuknandet i hjärt-kärlsjukdomar har minskat bland svenskfödda män, har incidensen legat stabil bland invandrade män. Bland kvinnor från södra Europa, Turkiet och Iran har hjärt-kärlsjukdomar snarare ökat [3]. Det har nyligen visats att män med flyktningbakgrund löper högre risk att dö i hjärt-kärlsjukdomar än invandrade män utan flyktningbakgrund [4]. En studie av diabetes hos turkiska invandrare i en Stockholmsförort och en jämförbar grupp i Turkiet visade en högre förekomst av sjukdomen hos de turkiska kvinnorna i Sverige [5].

Migration är även en riskfaktor för psykisk ohälsa. Flyktingar kommer ofta från samhällen i krig och socialt sammanbrott. Många har själva drabbats av förföljelser, organiserat våld och hot. Svåra trauman kan leda till exempelvis posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), depression, fobier, personlighetsstörningar och panikillstånd [6]. En förhöjd förekomst

av schizofreni och andra psykossjukdomar hos immigranter, särskilt andra generationen, har rapporterats i studier från en rad europeiska länder, däribland Sverige [7].

## Att möta ett nytt sjukvårdssystem

För många invandrare och flyktingar betyder integration i Sverige att möta ett nytt och annorlunda sjukvårdssystem. Exempelvis kan det innebära att konfronteras med nya kunskaper om sjukdomar, annorlunda synsätt, okända behandlingar och nya sätt att söka hjälp och sjukvård. Bemötande och attityder hos vårdpersonalen kan upplevas annorlunda än i hemlandet. Diagnoser kan vara okända för den vårdsökande, eller ges annan innebörd än den medicinska. Den enskildes förväntningar om hjälp och behandling kan krocka med det som erbjuds i vården. Många invandrare och flyktingar, främst nyanlända, behöver orientering i hur sjukvården fungerar.

Språktolkar finns som ett nödvändigt stöd för den verbala kommunikationen i sjukvården. Genom att knyta tolkar närmare till sjukvårdsteam och utbilda personal i interkulturell kommunikation kan tolkanvändningen förbättras [8]. Språket är en nyckel till kommunikationen, men ofta räcker det inte med en språklig översättning för att uppnå en ömsesidig förståelse av ett hälsoproblem. Detta är ett skäl till framväxten av den nya yrkesgruppen »hälsokommunikatörer«.

## Skilnader i levnadsvanor

Levnadsvanor är många gånger ohälsosamma bland dem som är nya i Sverige, av en rad olika skäl. Det kan handla om social situation, osäkert boende, annorlunda kost och psykisk ohälsa med nedsatt förmåga till nyorientering. Det långvariga svenska folkhälsoarbetet, som i många år pågått kring bland annat hälsofrämjande levnadsvanor, saknar ofta motsvarighet i andra länder. Exempelvis har munhälsan visat sig vara sämre bland invandrarbarn. En studie av 4-åringar i Umeå visade en generell minskning av karies mellan år 2002 och 2007, minskat sockerintag mellan måltider och ökad tandborstning [9]. Dock visade studien också att karies var vanligare hos barn med invandrarbakgrund. De hade ett högre sockerintag mellan måltider, och tandborstningen var sämre.

I en studie av vuxna med migrationsbakgrund från Polen, Chile, Turkiet och Iran framkom ett lägre användande av tandvård än hos svenskfödda, trots större behov [10]. Ett annat exempel kommer från en studie om unga irakiska invandrarers syn på reproduktiv hälsa och rättigheter, som visade på stora kunskapsluckor på området och konstaterade att framför allt unga nyanlända kvinnor bör få bättre information [11]. Den som flyttar tar även med sig levnadsvanor som formats i det gamla landet, vilka sedan påverkar levnadsvanorna i det

## SAMMANFATTAT

**Utlandsfödda** har i allmänhet sämre hälsa än svenskfödda, en ojämlikhet man bör förebygga redan hos dem som anländer till Sverige.

**Nyanlända i Sverige** har av olika skäl ofta ohälsosamma levnadsvanor.

**Nyanlända flyktingar** och invandare behöver kunskap om

förebyggande insatser och en introduktion i hur hälso- och sjukvården fungerar.

**Hälsokommunikatörer** är en ny yrkesgrupp som kan bidra till både förbättrat folkhälsoarbete och mer adekvata sjukvårdsinsatser för flyktingar och invandrare.

## KLINIK &amp; VETENSKAP RAPPORT

nya landet. En minskning av fysisk aktivitet, genom en ny livsstil i det nya landet, har bland annat lett till ökad fetma bland vissa invandrargrupper, särskilt flyktinggrupper [2].

### Hälsokommunikatör – ett nytt yrke

Hälsokommunikatörer är ett nytt yrke i Sverige. De som arbetar som hälsokommunikatörer har en grundutbildning relaterad till hälso- och sjukvård och en vidareutbildning i hälsokommunikation samt talar både svenska och språk som är vanliga bland nyanlända. Den första verksamheten med hälsokommunikatörer startades i Malmö år 2001. Initialt användes titeln hälsoinformatörer, som senare byttes till hälsokommunikatörer (HK). Ett liknande projekt följde i Blekinge år 2006, men lades ned på grund av bristande finansiering. I Östergötland startade år 2007 ett projekt med hälsokommunikatörer, vilket i dag är en permanent verksamhet. I Dalarna pågick ett projekt i Borlänge åren 2009–2010 [12]. I Göteborg fanns under åren 2002–2009 en hälsokommunikativ verksamhet, Sesamhuset, med fokus på sexuell och reproduktiv hälsa.

Hälsokommunikatörsarbetet har sammantaget startat i projektform i sex landsting. I Stockholm startade hälso- och sjukvårdsförvaltningen en verksamhet med hälsokommunikatörer år 2010 i form av ett tvåårigt projekt som delfinansierades av EU:s flyktingfond. Arbetet med hälsokommunikatörer har sedan början av år 2012 fortsatt i permanent verksamhet. Också i landstinget i Östergötland ingår hälsokommunikatörerna i den ordinarie verksamheten. I Skåne har det hälsokommunikativa arbetet inordnats i samhällsorientering för nyanlända invandrare och bedrivs av samhälls- och hälsokommunikatörer (SHK) i länsstyrelsens regi.

En nationell utvärdering har gjorts inom ramen för det så kallade IMHAD-projektet (Impact of multicultural health advisors), men bl a på grund av låg täckningsgrad av insatserna har det varit svårt att mäta effekten. Man har dock visat förbättrad tandhälsa och bättre förtroende för hälso- och sjukvården bland deltagarna i län där hälsokommunikatörer arbetat jämfört med andra län [12]. Studiens värde ligger förmodligen främst i att den ger en bild av hälsan hos målgruppen, nyanlända irakier. Genom att jämföra resultaten med de nationella folkhälsoundersökningarna får man en bild av möjliga utvecklingsområden för en mer jämlik hälsa. Internationellt finns olika former av arbete inriktat på att förbättra kontakten och överbrygga skillnader i synsätt och kunskaper mellan sjukvården och invandrare samt minoritetsgrupper. I Kanada finns »multicultural health brokers« [13]. I en del europeiska länder finns s k link-workers [14].

### Hälsokommunikatörer i Stockholms län

**Syfte och målgrupp.** Hälsokommunikatörernas arbete handlar om att överföra kunskaper om, och motivera till, hälsa och en hälsofrämjande livsstil. Syftet är att förebygga ohälsa och främja hälsa samt att informera och orientera om hur hälso- och sjukvårdssystemet i Sverige fungerar. I juni 2013 arbetade sex hälsokommunikatörer inom olika arenor i Stockholms stad och tio andra kommuner i länet.

Målgrupper är nyanlända och andra invandrargrupper som är i behov av insatsen. För närvarande arbetar hälsokommunikatörerna i Stockholm på arabiska, somaliska, tigrinja och persiska/dari. För grupper där andra språk finns representerade hos deltagarna använder de sig av »lätt svenska« genom att anpassa språket till deltagarnas kunskapsnivå. Hälsokommunikatörerna är verksamma på alla arenor där målgruppen finns, och insatserna avgörs utifrån behov. De arbetar bland annat vid SFI-skolor (svenska för invandrare), jobbtorg, flyktingmottagningar och enheter i sjukvården. I Stockholm kan även personal i sjukvården och medverkande kommuner vända sig till hälsokommunikatörerna för att själva få information och kunskaper om problem och behov i målgruppen.

### FAKTA 1. Rapporterad ny kunskap

#### Tema Egenvård/stress

13 deltagare

- Vikten av sömn
- Fysiska symtom på stress
- Planering av vardagen
- Egenvård vid olika besvär
- Tandhygien

#### Tema Barnuppföstran

9 deltagare

- Vikten av att lyssna på barn
- Att skapa band
- Barnaga

#### Tema Könssstämpning

9 deltagare

- Förståelse för komplikationer

#### Tema Kost

7 deltagare

- Socker
- Kaffe
- Fett
- Salt

**Arbetsmetoder.** Hälsokommunikatörerna träffar alltid grupper och inte enskilda individer. Insatserna planeras tillsammans med personal från kommuner, vårdcentraler och andra samarbetsorganisationer. Deras erfarenheter av flyktingars och invandrades behov av kunskaper om hälsa, om hälso- och sjukvårdssystemet och av vård är utgångspunkt för planeringen. Ett 30-tal olika hälsoteman finns utarbetade, exempelvis hälsosam livsstil, levnadsvanor, hitta rätt i vården, egenvård, sexuell och reproduktiv hälsa samt munhälsa. Vilka teman som slutligen väljs beror på de enskilda gruppernas behov och önskemål. Innehållet förmedlas vanligen i form av dialog och reflektion tillsammans med deltagarna, med fokus på motivation.

De grupper som hälsokommunikatörerna möter är, trots uppdelning efter språk, mycket heterogena. Deltagarna har olika socioekonomisk bakgrund och varierande skolbakgrund, och en del är analfabeter. Material och arbetssätt måste hela tiden anpassas till den aktuella målgruppen. I Stockholm har hälsokommunikatörerna hittills främst arbetat i kommunala verksamheter men deras kunskaper och resurser har nu även börjat tas till vara i primärvården och andra delar av sjukvården. Exempel på detta är samarbeten som pågår med Rinkeby barnmorskemottagning, en lokal idrottsförening och en somalisktalande kvinnogrupp. Med Reumatikerförbundet pågår en dialog med en somalisk grupp i stadsdelen Spånga-Tensta på temat hälsosam mat. Informationsmöten med personalgrupper vid flera vårdcentraler har anordnats med syfte att utveckla samarbetsformer. Hälsokommunikatörer kan med sina unika kunskaper vara en tillgång för olika vårdenheter genom att berätta om den sociala och kulturella kontext som patienter befinner sig i.

**Utvärdering.** Projektet Hälsokommunikatörer i Stockholms län pågick 2010–2011. Under år 2011 gjordes en utvärdering av projektet [15]. Utvärderingen baserades på intervjuer med hälsokommunikatörerna, samarbetspartner inom landsting och kommuner, SFI-skolor och jobbtorg samt sex gruppintervjuer med nyanlända invandrare som träffat hälsokommunikatörerna.

Sammantaget talar resultaten från utvärderingen för att insatsen nått rätt målgrupp för projektet. Majoriteten av dem som deltog i gruppintervjuerna under utvärderingen hade vistats i Sverige i två år eller mindre. Sammantaget hade närmare tre fjärdedelar av deltagarna i gruppintervjuerna träffat hälsokommunikatörerna vid fyra eller fler tillfällen. En stor andel kunde nämna specifika områden där de lärt sig något nytt (Fakta 1). De vanligaste områdena rörde egenvård och stress, barnuppföstran, könssstämpning och kost. Majoriteten rapporterade även att de gjort någon förändring i livsstil eller inställning sedan de hade träffat hälsokommunikatörerna (Fakta 2). Sammanlagt rapporterade en tredjedel av deltagarna

## KLINIK &amp; VETENSKAP RAPPORT

## ■ FAKTA 2. Rapporterad användning av kunskap

**Tema Kosthållning**

16 deltagare

- Mindre användning av socker
- Dricka mindre kaffe/te
- Mindre fett i matlagning
- Äta mer grönsaker
- Mindre portioner
- Regelbundna måltider
- Dricka mer vatten

**Tema Egenvård/stress/söm**

11 deltagare

- Prioritera sömn

- Råd på apoteket

- Planering

- Minska stress

**Tema Fysisk aktivitet**

10 deltagare

- Mer promenader
- Hantera kall väderlek
- Börjat träna

**Tema Könsstympning**

9 deltagare

- Ändrat inställning
- Tagit beslut att avstå

## ■ FAKTA 3. För- och nackdelar med olika arenor.

**Kommunala introduktionsprogram****Fördelar**

- Logistik
- Komplettera samhällsinformation
- Tydlig plats för hälsokommunikatörer

**Nackdelar**

- Begränsat antal tillfällen
- Centrum för samhällsorientering övertagit ansvar

**Arbetsförmedlingen****Fördelar**

- Ansvar för etableringen av nyanlända flyktingar
- Ny viktig samarbetspartner

**Nackdelar**

- Arbetslinjen verksamhetens huvudsakliga fokus
- Tjänster måste upphandlas

**SFI****Fördelar**

- Majoriteten av nyanlända
- Kontakt under längre tid
- Logistik
- Potentiell synergism

**Nackdelar**

- SFI-klasser är blandade

språkgrupper

- Avbrott i undervisning för att träffa hälsokommunikatörer

**Primärvården****Fördelar**

- Särskilda hälsorelaterade behov
- Möjlighet nå personal

**Nackdelar**

- Ingen identifiering av utlandsfödda
- Logistik
- Patienter

**Jobbtorg****Fördelar**

- Möjlighet att samordna språkgrupper mellan jobbtorg

**Nackdelar**

- Begränsat antal tillfällen
- Långa resvägar för deltagare
- Jobbfokus

**SPRINT-gymnasiet****Fördelar**

- Viktig arena för ensamkommande ungdomar

**Nackdelar**

- Inte utforskat

na att de fått ny kunskap som hjälpt dem att förändra något i sitt liv när det gäller stress och egenvård. I samtal med hälsokommunikatörer och samarbetspartner är det också inom dessa områden man ser de största behoven.

I intervjuer med hälsokommunikatörerna framkom att de största utmaningarna var att hantera grupperna de mötte, att hålla fokus på projektets mål och att sätta gränser mot individernas övriga behov och önskemål. Både hälsokommunikatörer och samarbetspartner gav flera synpunkter på hur hälsokommunikatörernas arbete bäst kan integreras i de olika arenor de nyanlända flyktingarna rör sig på. Fakta 3 visar för- och nackdelar med olika arenor att samarbeta med, och erfarenheterna från utvärderingen talar för att samarbetsformerna måste få variera utifrån lokala förhållanden och aktuellt regelverk. Exempelvis har Arbetsförmedlingen fått en nyckelroll i flyktingmottagandet som man inte haft tidigare, vilket förstås påverkar samarbetsformerna.

## DISKUSSION

Hälsokommunikatörer är en ny yrkesgrupp som kan bidra både till ett förbättrat folkhälsoarbete och mer adekvata sjuk-

vårdsinsatser för flyktingar och invandrare. Genom att hälsokommunikatörerna arbetar i dialogform skapas förutsättningar för en ömsesidighet i lärande. De som deltar i gruppverksamheten får ny kunskap utifrån sina förutsättningar och erfarenheter. Hälsokommunikatörerna blir ofta tillfrågade om olika problem i deltagarnas vardag, inklusive individuella hälsoproblem. Det är dock inte hälsokommunikatörernas uppgift att ta sig an sådana frågor, men de använder dem som utgångspunkt för den generella informationen och som underlag till utveckling av det hälsokommunikativa arbetet.

Hälsokommunikatörerna får ta del av deltagarnas erfarenheter, oro, frågor, synsätt och farhågor. Denna kunskap kan förmedlas vidare till personal i sjukvård och kommun. Genom hälsokommunikatörernas kontakt med såväl lekmän som kommun- och sjukvårdspersonal skapas organisatoriska förutsättningar för vårdpersonal och flyktingar och invandrare att lära av varandra.

Det finns mycket som talar för att hälsokommunikatörer kan bidra till ökad medvetenhet om hälsa, levnadsvanor och hälso- och sjukvård och därmed vara ett bidrag till ökad jämlikhet i hälsa. För att fortsätta utveckla arbetet med hälsokommunikatörer behövs vissa grundförutsättningar. Det behövs en formell utbildning som ger hälsokommunikatörerna en tydlig roll och legitimitet för att verka inom olika samhällssektorer. Personal i sjukvård och kommuner behöver få kunskaper om hur hälsokommunikatörerna arbetar och om hur de kan vara en resurs. Långsiktig, stabil finansiering är centralt för fortsatt utveckling. Det är också viktigt med en flexibilitet i förhållande till skiftande behov och aktuella språk.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

## REFERENSER

1. Albin B, Hjelm K, Ekberg J, et al. Mortality among 723 948 foreign- and native-born Swedes 1970-1999. *Eur J Public Health*. 2005;15(5):511-17.
2. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
3. Gadd M, Johansson S-E, Sundquist J, et al. The trend of cardiovascular disease in immigrants in Sweden. *Eur J Epidemiol*. 2005;20:755-60.
4. Hollander AC, Bruce D, Ekberg J, et al. Longitudinal study of mortality among refugees in Sweden. *Int J Epidemiol*. 2012;41(4):1153-61.
5. Hjörleifsdottir-Steiner K, Satman I, Sundquist J, et al. Diabetes and impaired glucose tolerance among Turkish immigrants in Sweden. *Diabetes Res Clin Pract*. 2011;92(1):118-23.
6. Foa EB, Keane TM, Friedman MJ. Guidelines for treatment of PTSD. *J Trauma Stress*. 2000;13(4):539-88.
7. Cantor-Graae E. The contribution of social factors to the development of schizophrenia: a review of recent findings. *Can J Psychiatry*. 2007;52(5):277-86.
8. Fatahi N, Mattsson B, Hellström M. Viktigt att stärka tolkens status i sjukvårdsteamet. *Läkartidningen*. 2012;109(22):1096-8.
9. Stecksén-Blicks C, Kieri C, Nyman JE, et al. Caries prevalence and background factors in Swedish 4-year-old children – a 40-year perspective. *Int J Paediatr Dent*. 2008;18(5):317-24.
10. Hjern A, Grindeford M. Dental health and access to dental care for ethnic minorities in Sweden. *Ethn Health*. 2000;5:23-32.
11. Flodström E. Unga irakiers syn på sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. *Socialmedicinsk tidskrift*. 2012;89(2):140-9.
12. Löthberg K, Fryklund B, Westerling R, et al. Hälsokommunikation på modersmål – gör den någon skillnad? Etablering, utveckling och utvärdering. *Socialmedicinsk tidskrift*. 2012;89(2):131-9.
13. Pottie K, Greenaway C, Feightner J, et al. Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *CMAJ*. 2011;183(12):E824-925.
14. Molina I, Gailly A, Giménez C, et al. Social linkworking and intercultural mediation in Europe: Pilot project TPL Transnational partnership for linkworking. Umeå: Umeå universitet; 2001.
15. Baker U, Allebeck P. Hälsokommunikatörer i Stockholms län: En utvärdering av projektverksamheten 2010-2011. Stockholm: Samhällsmedicinska kliniken, Stockholms läns landsting och avdelningen för socialmedicin, Karolinska institutet; 2012.