



HELMI - Health Migration Integration

En studie av somaliska och thailändska kvinnors
hälsa och arbetsmarknadsanknytning i Sverige

Finansierad av Integrationsfonden 2010 – 2012

Slutrapport

Projektnamn	HELMI – Health, Migration and Integration. En pilotstudie av interventioner riktade till somaliska och thailändska kvinnor i Sverige
Projektnummer	IF-2010-0002
Projektägare	MIM, Malmö högskola
Projektpartners	Lunds universitet, Uppsala universitet, Bollebygds kommun, Herrljunga kommun, Tranemo kommun, Ulricehamns kommun, Svenljunga kommun, Marks kommun, Arbetsförmedlingen Borås
Medfinansierare	Lunds universitet, Uppsala universitet, Bollebygds kommun, Herrljunga kommun, Tranemo kommun, Ulricehamns kommun, Svenljunga kommun, Marks kommun, Arbetsförmedlingen Borås, Smittskyddsinstitutet
Projekt period (år/månad – år/månad)	2010-08—2012-06
Uppgiftslämnare (namn och funktion)	Katarina Löthberg, projektledare, tillsammans med arbetsgruppen
Tel/fax:	0705-53 30 61
E-postadress:	katarina.lothberg@mah.se
Hemsida:	www.mah.se/MIM

Övriga kontaktuppgifter	Namn	Tel	E-postadress
Projektledare	Katarina Löthberg Martin Stafström	0705-53 30 61 040-39 14 12	katarina.lothberg@mah.se martin.stafstrom@med.lu.se
Ekonomiansvarig	Katarina Löthberg	0705-53 30 61	katarina.lothberg@mah.se

Extern utvärderare
(om sådan finns)

Kontakt: Katarina Löthberg,
E-post: katarina.lothberg@mah.se
Tel: 0705-53 30 61

Martin Stafström, projektledare
E-post: martin.stafstrom@med.lu.se
Tel: 040-39 14 12



Innehållsförteckning

Sammanfattning

- Metoder 3
- Erfarenheter och resultat – fokusgrupperna 4
- Erfarenheter och resultat – pilotenkäten 6

Projektidén - projektets huvudsakliga syfte och inriktning. 10

- Syfte och inriktning 10
- Avvikelser 11

Projektupplägg och genomförande 12

- Organisering 12
- Samverkan med andra aktörer och andra projekt 12
- Projektpartners deltagande och bidrag 13
- Målgruppernas delaktighet och uppfattning av projektet 13
- Genomförande – goda lösningar och framgångsfaktorer respektive problem och hinder 14
- Hälsa – den särskilda prioriteringen 14
- Utvärdering 15

Projektets resultat och erfarenheter 15

- Metoder 15
- Material 16
- Projektets genomförande och resultat i förhållande till projektmål, indikatorer samt särskilda prioriteringar 16
- Integrationsfondens slutliga målgrupper 17
- Europeiska unionens elva grundprinciper för integration 18
- Utvärdering av processerna i arbetsgruppen och i partnerskapet 18
- Utvärdering av studien 19

Transnationellt samarbete 19

Spridning av resultat 20

- Aktiviteter 20
- Förväntade effekter av spridnings- och påverkansinsatser 21

Förslag 22

- Positiva erfarenheter 22
- Negativa erfarenheter 22
- Resultat och produkter som är möjliga och angelägna att tillvarata 22
- Rekommendationer 22

Utvecklingsområden 23

Underlag för redovisning av genomförda aktiviteter och deltagare 24

Sammanfattning

HELMI – Health, Migration and Integration. En pilotstudie av interventioner riktade till somaliska och thailändska kvinnor i Sverige

Många studier visar att många invandrargrupper har sämre hälsa än den svenskfödda befolkningen. Dålig hälsa är starkt relaterat till svag arbetsmarknadsintegration och lågt socialt deltagande, vilket ofta leder till marginalisering. Somaliska och thailändska kvinnor är två marginaliserade grupper som befinner sig långt ifrån arbetsmarknaden och har lågt deltagande i det svenska samhället. Folkhälsovetenskapliga studier visar att egenmakt (empowerment) är en nyckelstrategi när man avser främja marginaliserade gruppers hälsa och förebygga ohälsa. Egenmakt innebär att människor får möjlighet att upptäcka och tillvarata sina egna förmågor och öka sitt inflytande över och deltagande i beslutsprocesser, som berör deras livsvillkor och hälsa, samt göra hälsofrämjande val.

Ovanstående avspeglar bakgrunden till pilotprojektet HELMI. I ansökan till Integrationsfonden beskrevs hur en pilotstudie, riktad till somaliska och thailändska kvinnor, som har deltagit i aktiviteter inom Sfi och introduktionsverksamheten i Västra Götaland, skulle genomföras för att utvärdera dessa aktiviteter, med syftet att undersöka hälsobehov och hälsostatus bland somaliska och thailändska kvinnor, att utveckla kultursensitiva utvärderingsmetoder och generera rekommendationer för framtida interventioner.

Metoder

Metoder för studien inkluderar bland annat fokusgruppintervjuer med kvinnor som deltagit i aktiviteterna och en pilotenkät på somaliska respektive thailändska, som distribueras till både exponerade och oexponerade kvinnor. Ökad egenmakt för målgruppen är utgångspunkt för pilotstudien och samtliga aktiviteter har utvecklats och genomförts i nära samarbete med målgrupperna. Pilotstudien är avsedd att ligga till grund för en större interventionsstudie, som kan genomföras på fler orter i Sverige.

Pilotstudien har genomförts bland somaliska och thailändska kvinnor som har deltagit i aktiviteter inom Sfi och introduktionsverksamheten i Sjuhäradsbygden i Västra Götaland och i Skåne.

Pilotstudien inleddes med litteraturstudier rörande somaliska och thailändska kvinnors livssituation i Sverige och om förhållandena i deras respektive hemländer. Seminarier där arbetsgruppen träffade personer från Somalia respektive Thailand kompletterade litteraturstudierna.

Fokusgruppintervjuer med kvinnor som deltagit i aktiviteterna har varit ett sätt att säkra målgruppernas delaktighet i och inflytande över studien och de interventioner, som vi planerar att genomföra utifrån studiens resultat. Fokusgruppsdiskussionerna har förts på målgruppernas modersmål utifrån antagandet att vi får bättre och djupare kunskap genom att använda modersmål då många av kvinnorna behärskar svenska i liten grad. Då ingen i arbetsgruppen inledningsvis talade somaliska utbildades ett antal somaliska kvinnor för att leda fokusgruppsdiskussioner. I arbetsgruppen fanns en medarbetare som talar thai och som kunnat leda fokusgruppsdiskussionerna med de thailändska kvinnorna. Genom de thailändska respektive somaliska kvinnornas nätverk har vi kommit i kontakt med olika grupper av kvinnor. Efter knappt två tredjedelar av projektiden kunde vi anställa två somalisktalande kvinnor.

Erfarenheter och resultat – fokusgrupperna

Fokusgruppsdiskussionerna med 31 somaliska kvinnor genomfördes i Borås, Skene och Malmö och med 31 thailändska kvinnor i Malmö, Borås och Mark.

Resultaten från fokusgrupperna visar att båda grupperna upplever att myndigheternas bemötande inte svarar mot deras förväntningar. Arbetsförmedlingen hjälper dem inte, hälso- och sjukvården är otillgänglig och tar inte deras behov på allvar, och arbetsgivarna släpper inte in dem, inte ens de thailändska kvinnorna som har hög utbildning.

De somaliska kvinnorna beskrev den speciella situation de lever i på grund av de splittrade familjeförhållandena då män och barn är kvar i Somalia. Dock träffade vi också kvinnor som levde ensamma med sina barn här i Sverige. Diskussionerna om hälsa tenderade därför att handla om hur kvinnornas liv som skilda från man och barn gestaltade sig. Att få återförenas med kvarvarande familjemedlemmar var en central fråga och kvinnor ansåg återföreningen vara en förutsättning för att de ska må bra och integreras i samhället. Kvinnorna påpekade att det stöd som det svenska samhället erbjuder är en förutsättning för god hälsa. Det visade sig att många kvinnor saknade kunskap om var och vem de skulle vända sig till när de hade problem och det var uppenbart att den kunskapen ansågs vara väsentlig.

Några kvinnor kände sig felplacerade på sfi. De saknade empatiskt stöd från sina sfi lärare. Dagarna på sfi upplevdes som långa och kvinnorna berättade att de inte hade lärt sig något på sfi då de ständigt har tankar på sina barn i Somalia.

Somaliskornas beskrivning av vad hälsa är och hur de skulle vilja att deras hälsa ska vara avspeglar en idealbild. Deras beskrivning av den nuvarande hälsosituationen visar stora avvikelser från idealbilden.

De thailändska kvinnorna hade en annan bild av vad god hälsa innebär. Thailändskorna ansåg att förutsättningen för en god hälsa och för att vara lycklig i Sverige var att ha ett betalt arbete. Många kvinnor mådde dåligt på grund av dålig ekonomi och för att de inte hade något arbete. De flesta upplevde att deras hälsotillstånd försämrats sedan flytten från Thailand. Men det tycks finnas en skillnad i hur kvinnorna uppskattade sin hälsa beroende på om de hade ett arbete eller inte. Bland de kvinnor som hade bott en kortare tid i Sverige och som studerade på sfi tenderade diskussionerna att handla arbetsmarknaden.

De kvinnor som var etablerade på arbetsmarknaden, det vill säga de som har lång arbetslivserfarenhet i Sverige, hade en annan beskrivning av god hälsa. Bra familjerelationer, trygghet i hemmet och att hinna umgås med goda vänner beskrevs som viktiga förutsättningar för att må bra och ha en god hälsa.

När det gäller uppfattningen om sfi, så var de flesta väl medvetna om att vissa invandrargrupper är berättigade till ekonomiskt stöd under sfi-studierna, men att de själva tillhör den grupp som inte får ekonomiskt stöd. Detta togs ofta upp under diskussionerna och många av dem uttryckte önskan om att få ekonomiskt stöd. Thailändskorna menade att de i så fall skulle studera flera timmar än vad de gör idag.

Fokusgruppsdiskussionerna gav oss en bild av kvinnornas behov, syn på hälsa och vilka förutsättningar de ansåg vara viktiga för att de skulle må bra i Sverige. Men framför allt, gav fokusgruppsdiskussionerna oss adekvat vägledning för val av metod för insamling av enkätdata. De

thailändska kvinnorna såg inga problem med en postenkät, med tanke på att läskunnigheten är hög, vilket medförde att vi beslutade att skicka en postenkät till dem.

De somaliska kvinnorna avrådde oss från att skicka en postenkät på grund av deras ringa läskunnighet och att de huvudsakligen lever i en oral kultur, vilket bekräftades av andra forskare, som haft lång erfarenhet av att ha samlat in data hos denna målgrupp. Därför valde vi anställa två somaliska medarbetare för att samla in enkätdata via strukturerade intervjuer.

Av fokusgruppsdiskussionerna framgår att båda kvinnogrupperna är positiva till att vi ger dem en möjlighet att beskriva sin hälsa och livssituation genom den planerade enkätundersökningen.

Erfarenheter och resultat – pilotenkäten

Den pilotenkät, som konstruerades var till en del ett resultat av möten med kvinnogrupperna och andra med erfarenhet av somalisk och thailändsk kultur. Enkäten innehåller generella folkhälsofrågorna och några specifika utifrån erfarenheterna från fokusgruppsdiskussionerna. Frågor om khat och khatanvändning har ställts endast till de somaliska kvinnorna.

Enkäten översattes till somaliska respektive thailändska, återöversattes, granskades, justerades och distribueras till kvinnor från Thailand respektive Somalia – både till dem som varit och dem som inte varit exponerade för integrationsinsatser så som sfi eller praktik,

De inledande seminarierna med thailändska kvinnor och fokusgruppsdiskussionerna gav information som medförde att datainsamling via postenkät skulle ge en tillräckligt hög svarsfrekvens för att vara meningsfull. En postenkät skickades till alla thailändska kvinnor i åldrarna 18-24 år och 25-64 år, som folkbokförts i Skåne och Sjuhäradsbygden under perioden 2006-2010. SCB gjorde urvalet på 1291 personer. Svarsfrekvensen uppgick till 62,3 %, vilket innebär att 804 respondenter deltagit i datainsamlingen. Sista veckan i maj levererade SCB datafiler som har analyserats och resulterat i en forskningsrapport som biläggs denna rapport.

Erfarenheterna från fokusgruppsdiskussionerna med somaliska kvinnor och kunskaper som projektarbetsgruppen inhämtade genom seminarier med experter på Somalia och somalisk kultur ledde till beslut om att samla in enkätdata från de somaliska kvinnorna vid personliga möten. Skälen till att inte göra en postenkät var framför allt att den somaliska kulturen är en utpräglad muntlig/oral kultur och att misstänksamhet och ovana vid skriftlig kommunikation antogs ge låg svarsfrekvens. Andra skäl var att läskunnigheten bland kvinnorna på somaliska såväl som på svenska enligt våra informanter var låg. Arbetsgruppen beslutade efter ingående diskussioner med professorerna i projektet att genomföra datainsamlingen bland de somaliska kvinnorna med en så kallad face to face metod och kontakt med respondenterna skedde genom en s. k. snöbollsmetod. Två somaliska kvinnor, som studerar inom området migration, anställdes för datainsamlingen. De kontaktade verksamheter, som somaliskor deltog i och organiserade möten med presumtiva informanter. Informanterna kunde välja att besvara enkäten på svenska eller somaliska. Vid behov assisterade projektmedarbetarna informanterna. Metoden medförde ett omfattande arbete med att kontakta sfi-anordnare, arbetsförmedlingen, frivilligorganisationer etc – i Sjuhäradsbygden, Västra Götaland och i Skåne, för att informera om HELMI och be om hjälp för att få kontakt med kvinnorna. I det slutgiltiga datamaterialet analyserades svaren från 122 respondenter. Det stora flertalet av dessa kontaktades genom sfi-utbildningar i Skåne och Sjuhäradsbygden.

Resultat

Självskattad hälsa och mental ohälsa

Självskattad hälsa är ett mått som visat sig vara mycket användbart i enkäter då det, till skillnad från många andra enkätsvar, stämmer väl överens med andra mer objektiva mått på hälsosituation, som till exempel vårdutnyttjande och sjukskrivning. I Sverige, enligt den senaste nationella folkhälsoenkäten svarade 71 % av de tillfrågade kvinnorna att de hade god eller mycket god hälsa. I HELMI: s enkät var den motsvarande siffran bland thailändska kvinnor 73 % och bland de somaliska kvinnorna 72 %. Överlag kan vi därmed dra slutsatsen att det generella hälsoläget är likvärdigt i de olika populationerna.

Den mentala hälsan skiljer sig emellertid åt. Bland de somaliska kvinnorna fann vi att ca 21 % hade en uppskattningsvis låg mental hälsa, medan samma siffra bland de thailändska kvinnorna var 23 %. I den allmänna svenska kvinnliga befolkningen är det 18 %. Detta framstår som likvärdigt, men en viktig skillnad mellan HELMI: s material och den nationella folkhälsoenkäten är dock att mätinstrumentet (GHQ-12) tolkats olika. Om tolkningen av data i HELMI: s undersökning skulle göras på samma sätt som tolkningen av data i den nationella folkhälsoenkäten, så skulle den mentala ohälsan vara väsentligt lägre i vårt material, i synnerhet bland thailändskorna. I vår forskningsrapport kommer vi att diskutera tolkningsmodeller, konsekvenser av dem och möjligheten att uttala sig om somaliskors och thailändskors mentala hälsa med hjälp av HELMI: s studie.

Levnadsvanor

Enkätstudien visade också att det fanns en stor skillnad avseende de två målgruppernas levnadsvanor, inte minst när det gällde kost och motion. Detta tog sig bland annat uttryck i andelen överviktiga och feta. I den thailändska gruppen var det stora flertalet (82 %) normalviktiga, medan motsvarande siffra i den somaliska gruppen var 39 %. Av de som var överviktiga (ett BMI överstigande 25) i den thailändska gruppen hade ca en fjärdedel ett BMI som översteg 30, dvs. indikationen för fetma. I den somaliska gruppen var det hälften av de överviktiga som indikerade fetma. I den kvinnliga svenska befolkningen generellt är det ca 4 av 10 kvinnor som har ett BMI som överstiger 25, av dessa har en tredjedel ett BMI över 30.

Överlag kunde vi utifrån enkäterna konstatera att de thailändska och somaliska kvinnorna konsumerade mycket små mängder alkohol samt rökte i mycket liten omfattning. De somaliska kvinnorna indikerade tydligt att om det förekommer bruk av khat bland somalier så är det uteslutande bland männen.

Överlag kunde vi utifrån enkäterna konstatera att de thailändska och somaliska kvinnorna konsumerade mycket små mängder alkohol samt rökte i mycket liten omfattning. De somaliska kvinnorna indikerade tydligt att om det förekommer bruk av khat bland somalier så är det uteslutande bland männen.

Vårdkonsumtion

HELMI: s enkätundersökning visade att 86 % av de thailändska kvinnorna blev erbjudna att delta i en hälsoundersökning när de kom till Sverige. Av dem valde 77 % att delta och 9 % avstod från att delta. Trots den höga genomförandegraden av hälsoundersökningar, kan vi konstatera att andelen som genomgått en hälsoundersökning minskat under de senaste åren. Av enkätsvaren framgår att thailändska kvinnor som varit folkbokförda i Sverige år 2010 eller senare, väljer i högre utsträckning att avstå från en hälsoundersökning jämfört med kvinnor som varit folkbokförda år 2006 eller tidigare. Enkätsvaren visar även att andelen som inte har blivit erbjudna en hälsoundersökning ökat de senaste åren. Vad dessa förändringar beror på kräver en närmare

utredning. Bland de somaliska kvinnorna blev 85 % erbjudna att delta i en hälsoundersökning. Samtliga som blev erbjudna valde att delta.

Andelen thailändska kvinnor uppgav att de inte hade besökt vården de senaste tre månaderna uppgick till 40 %, vilket är i paritet med resultaten i den nationella folkhälsoenkäten (38 %). Drygt 20 % av de thailändska kvinnorna hade avstått från att söka vård de senaste tre månaderna, trots ett upplevt läkarbehov, vilket ligger någorlunda i linje med kvinnorna i riket, 17 %. Bland de 20 % som avstod att söka vård var de vanligaste orsakerna för långa väntetider, fick inte tid snabb nog och besvären gick över.

Mer än varannan somalisk kvinna (56 %) uppgav att de har besökt vården de senaste tre månaderna. Bland de somaliska kvinnorna var det 48 % som hade avstått från att söka vård trots att de varit i behov det. De vanligaste skälen för att ha avstått från att söka vård var för långa väntetider, tidigare erfarenheter av vården och på grund av språksvårigheter.

Sexuell och reproduktiv hälsa och erfarenheter av våld

Få studier har gjorts om utrikesfödda kvinnors sexuella och reproduktiv hälsa och rättigheter i Sverige. Men de studier som finns visar att utrikesfödda kvinnor har högre prevalens av aborter och att våld i hemmet är vanligare än bland personer födda i Sverige.

Majoriteten av de thailändska kvinnorna uppgav att de hade kunskap för att skydda sig mot sexuellt överförbara sjukdomar (91 %) och kunskap för att skydda sig mot oönskade graviditeter (92 %). Mer än varannan thailändsk kvinna visste inte vart de ska vända sig för testning av sexuellt överförbara sjukdomar (59 %) eller om de blev önskat gravida och eventuellt ville göra abort (59 %). Drygt 38 % visste inte vart de skulle vända sig för att få preventivmedelsrådgivning. Däremot hade majoriteten av kvinnorna (86 %) kunskap om vart de skulle vända sig för att göra en gynekologisk undersökning.

Bland de somaliska kvinnorna rapporterade närmare hälften att de saknade kunskap om hur man skyddar sig mot sexuellt överförbara sjukdomar (46 %) och mot oönskade graviditeter (48 %). Mer än varannan somalisk kvinna saknade kunskap om vart de skulle vända sig när det gäller testning av sexuellt överförbara sjukdomar (59 %), om de blev önskat gravida och eventuellt ville göra abort (57 %) eller för att få preventivmedelsrådgivning (54 %). Drygt 70 % av kvinnorna uppgav att de hade kunskap om vart de skulle vända sig för att få göra en gynekologisk undersökning.

Av de thailändska kvinnorna hade 30 % någon gång varit utsatta för våld i nära relationer. Våldsförövaren var oftast en tidigare partner. Majoriteten av de somaliska kvinnorna hade någon gång varit utsatta för våld, oftast i Somalia och av personer utanför familjen/släkten.

Av de thailändska kvinnorna hade 36 % varit utsatta för emotionellt våld någonsin och 15 % under det senaste året. De uppgav att de huvudsakligen blivit utsatta för denna typ av våld i Sverige. Nästan hälften av de somaliska kvinnorna (47 %) hade erfarenhet av emotionellt våld någonsin och 11 % under det senaste året. Exponeringen hade främst varit i Somalia. Båda grupperna av kvinnor hade huvudsakligen blivit utsatta för våldet av en person utanför familjen/släkten. 13 % av de thailändska kvinnorna hade blivit utsatta för hot om våld någon gång och 5 % hade utsatts under det senaste året. Av dessa hade nästan 20 % hotats av sin nuvarande partner i Sverige och 50 % av en tidigare partner, i Thailand eller i Sverige. Drygt 40 % av de utsatta kvinnorna hade hotats av en person utanför familj och släkt, oftast i Sverige. Bland de somaliska kvinnorna hade 70 % blivit utsatta för hot i Somalia, oftast av en person utanför familjen/släkten. Av de somaliskorna kvinnorna hade 11 % varit utsatta för hot under det senaste året.

Av de thailändska kvinnorna hade 20 % någonsin blivit utsatta för fysiskt våld, oftast i en nära relation och 2,3 % det senaste året. De flesta (74 %) har blivit utsatta av en tidigare partner i Thailand, men 14 % av sin nuvarande partner. Av de somaliska kvinnorna rapporterade 50 % att de hade blivit utsatta för fysiskt våld någon gång och 11 % det senaste året. De flesta hade blivit utsatta för våld av en person utanför familjen/släkten i Somalia, men 18 % uppgav även att de blivit utsatta för fysiskt våld av sin nuvarande partner, huvudsakligen i Somalia men även i Sverige. Av de thailändska kvinnorna hade 5 % blivit utsatta för sexuellt våld, oftast av en tidigare partner i Thailand. Medan 1 % hade blivit utsatta under det senaste året av en nuvarande partner i Sverige. Bland de somaliska kvinnorna hade 10 % utsatts för sexuellt våld någon gång och då oftast i Somalia, av en annan person utanför familjen/släkten. Av de thailändska kvinnorna som hade varit utsatta för fysiskt våld någonsin hade 31 % berättat för någon om sina erfarenheter. Bland dessa kvinnor hade 18 % berättat för en nära vän och lika många för någon i familjen, 4 % har vänt sig till en kvinnojour och 8 % har anmält händelsen till polisen. Knappt hälften av de somaliska kvinnorna som hade varit utsatta för fysiskt våld någonsin hade berättat för någon om våldet. Av dessa kvinnor hade 35 % berättat för någon i familjen och 18 % för en nära vän. Bland de thailändska kvinnor som utsatts för fysiskt våld hade 31 % fått skador och 11 % av dessa kvinnor hade sökt vård för sina skador. Av de somaliska kvinnorna hade 44 % fått skador som följd av våldet och 25 % hade sökt vård.

Arbetsmarknad och sfi

Av våra enkätstudier har vi inte bara kunnat analysera kvinnornas hälsomässiga situation, men också deras anknytning till arbetsmarknaden och deltagande i sfi-utbildning. Det senare visar att 92 % av de somaliska kvinnorna angett någon form av studier som sysselsättning och enbart 3 % heltids- eller deltidsarbete. För thailändskorna gäller studier: 50 % och heltids- eller deltidsarbete: 39 %. När det gäller arbetslöshet och arbetsmarknadsåtgärder kan vi se att 24 % av de thailändska kvinnorna och 34 % av de somaliska kvinnorna har angett detta som sysselsättning. Dessutom har 23 % av de thailändska kvinnorna angett att de sköter det egna hushållet som huvudsaklig sysselsättning. Avseende försörjning är den främsta skillnaden mellan thailändska och somaliska kvinnor, som väntat, att thailändska kvinnor till mycket högre del har inkomst av arbete (44,9 %) jämfört med somaliska (2,7 %). Andelarna motsvarar ungefär sysselsättningsfrekvensen i de båda grupperna. De somaliska kvinnorna har en mycket högre andel som anger ekonomiskt bistånd som inkomstkälla (50 %) jämfört med thailändskornas (7 %). Den stora majoriteten av de somaliska kvinnorna har angett antingen introduktionsersättning, arbetslöshetsersättning eller ekonomiskt bistånd som inkomstkälla.

Socialt kapital

En annan viktig aspekt som analyserats i samband med vår enkätstudie är de thailändska och somaliska kvinnornas sociala kapital och nätverk. Av vår undersökning står det klart att dessa två minoritetsgrupper har en väsentligt lägre grad av tillit till medmänniskor än vad majoritetsbefolkningen har. 75 % av båda grupperna svarade att de tyckte att man inte kunde lita på sina medmänniskor. Detta är, enligt vårt förmenande, en mycket viktig aspekt som måste tas i beaktande vid allt integrationsarbete tillsammans med dessa två målgrupper.

Sambandsanalyser

I våra analyser har vi funnit att tiden man befunnit sig i Sverige samvarierar med hälsostatus. Bland de thailändska kvinnorna ser vi ett tydligt mönster att ju längre man har varit i Sverige desto sämre hälsa, t ex är det 82 % som skattar sin hälsa som god av de som immigrerat till Sverige under 2010 och 2011, motsvarande siffra för de som folkbokfördes 2006 eller tidigare är 65 %. Liknande mönster återkommer för mer eller mindre samtliga hälsoindikatorer. Bland de somaliska kvinnorna är mönstret det direkt motsatta. Ju längre man har varit i Sverige desto bättre hälsostatus. Detta får

oss att anta att tiden före migrationen har en avgörande betydelse för hur hälsan påverkas av att migrera. I båda fallen utgör den nya hemmiljön ett mycket annorlunda sammanhang, med stora olikheter från hemlandet. En väsentlig skillnad är dock att de somaliska kvinnorna har flytt från ett krigshärjat land, medan de thailändska kvinnorna nästan uteslutande har kommit till Sverige som anhöriginvandrare. Detta gör sannolikt att även förväntningar på vad migrationen kommer att innebära är annorlunda grupperna emellan.

Ett annat samband som vi analyserade var huruvida det fanns skillnader i hälsa, vårdutnyttjande, sysselsättning eller genomförd sfi-utbildning beroende på var i landet kvinnorna bodde. Det fanns emellertid inga sådana signifikanta skillnader. Det fanns inte heller några skillnader mellan de som bodde i större tätorter och de som bodde på landsbygden. Dessa analyser genomfördes företrädesvis bland svaren från de thailändska kvinnorna.

Slutsatser

Generellt sett är thailändska och somaliska kvinnors hälsostatus inte väsentligt annorlunda än svenska kvinnors. Däremot skiljer de sig åt på ett antal punkter. Thailändska kvinnor har en bättre mental hälsa, är i större utsträckning normalviktiga, men har samtidigt en relativt dålig kunskap om vart man vänder sig för att få preventivmedel, väsentligt lägre sysselsättningsgrad och har en mycket låg tillit till sina medmänniskor. Dessutom försämras deras hälsoläge allt eftersom de spenderar mer tid i Sverige, detta tyder på att det svenska samhället inte lyckas integrera thailändska kvinnor.

De somaliska kvinnorna kommer från en situation som i många fall måste betraktas som mycket svår. 70 % hade upplevt hot om våld och hälften av kvinnorna har blivit utsatta för fysiskt våld. Andelen bland de somaliska kvinnorna med psykisk ohälsa var också relativt hög. Deras kunskap om var man kan få preventivmedelsrådgivning är lika dålig som för thailändskorna och det är en mycket hög andel som har en ohälsosam vikt. Dock kan vi se att de kvinnor som varit en längre tid i Sverige uppfattar sin hälsa som bättre än de som varit i landet kortare tid.

Sammantaget visar resultaten från HELMI att thailändska och somaliska kvinnor står långt från arbetsmarknaden, samtidigt är deras deltagande i sfi-undervisningen god. Inte minst är det intressant att kunna konkludera att thailändska kvinnor, som kommer som anhöriga väljer att delta i sfi-undervisningen. Detta gör också att vi kan fastslå att dessa kvinnor, trots begränsade sociala nätverk, faktiskt ingår i ett allmänt sammanhang och därmed kan, om än under en begränsad period, nås av olika insatser och åtgärder. Det finns anledning att poängtera att de somaliska informanterna i hög grad rekryterades inom sfi-verksamheten. Frågan är hur stor andel av alla somaliska kvinnorna som inte deltar i några aktiviteter, inte söker arbete och varken förvärvsarbetar eller arbetar i egna företag. Andra undersökningar vid Malmö högskola visar att ca 25% av de somaliska kvinnorna arbetade 2008.

HELMIs resultat visar också att det finns en viss diskrepans mellan vad kvinnorna angav i fokusgruppintervjuerna och enkäterna. I fokusgrupperna framkom t ex att det fanns thailändska kvinnor som upplevde sig som våldsutsatta av sina svenska män, av enkätresultaten är det emellertid inte tydligt att detta sker i en större utsträckning än i andra populationer. Samtidigt framstår avsaknaden på tillit som en av de främsta utmaningarna i de bägge grupperna, då detta utgör en stor utmaning för den service och de insatser som dessa kvinnor kan komma att bli föremål för. Därför är det av mycket stor vikt att denna brist på tillit bemöts och hanteras i kontakten mellan majoritetssamhället och dessa två målgrupper.

Projektidén - projektets huvudsakliga syfte och inriktning.

Syfte och inriktning

Pilotprojektet HELMI: s första syfte är att stärka somaliska och thailändska kvinnors deltagande i och inflytande på planering och utformning av framtida integrationsprojekt med ett hälsofrämjande perspektiv, och på metodutveckling av befintliga insatser. Ett andra syfte är att utveckla kultursensitiva utvärderingsmetoder i samarbete med kvinnogrupperna.

Ett första steg för att nå detta syfte är att ta fram kunskap om kvinnogrupperna genom att ge dem själva en röst. Detta har vi åstadkommit genom att lyssna på kvinnorna i fokusgrupperna och genom att ge dem möjlighet att beskriva sin hälsa och sin livssituation i en omfattande enkät.

Av svarsfrekvensen att döma, 62,3 %, har de thailändska kvinnorna uppskattat att bli tillfrågade och själva få beskriva sin situation. Även deras deltagande i fokusgrupperna bekräftar detta. Genom kommentarer vi mött under projektets gång har vi också förstått att kvinnornas erfarenheter av majoritetssamhället lämnar en hel del övrigt att önska. Det dilemma vi nu står inför är att projektet skapat förväntningar på att majoritetssamhället vill och kan hjälpa till att förbättra deras livssituation genom att ta vara på den resurs de kan tillföra samhället, släppa in dem i arbetslivet och möta dem med en fördomsfri attityd.

De somaliska projektmedarbetarna har träffat ett par hundra somaliska kvinnor varav 122 har besvarat enkätfrågorna. De somaliska kvinnorna uttrycker besvikelse över hur de uppfattar att majoritetssamhället bemöter dem. Detta framgår inte minst av de kommentarer och den skepsis till undersökningen, som mött de medarbetarna då de samlat in enkätdata. Somaliskornas upplevelser av majoritetssamhällets attityder till dem bekräftas då medarbetarna kontakter organisationer som arbetar med somaliskor.

Ett tredje syfte var att utifrån ett deltagarperspektiv generera kunskap och rekommendationer för framtida interventioner och för utveckling av befintliga interventioner. De redovisade resultaten måste tas om hand av flera olika organisationer i samhället för att en förändring ska kunna åstadkommas. HELMI: s medarbetare vill gärna arbeta vidare för att åstadkomma ett "klimat" som kan leda till att dessa grupper tillåts integreras i samhället. Därför är rekommendationen att genomföra en studie av majoritetssamhällets kunskaper, erfarenheter och attityder till målgrupperna väsentlig. Resultatet av en sådan studie kan då ställas mot resultatet av denna pilotstudie och ligga till grund både för personalutveckling i olika organisationer och till kultursensitiva interventioner och utvärderingsmetoder.

Metoden med fokusgrupper för att bygga kunskap kan utvecklas och också användas för att bygga och genomföra interventioner som kan leda till verklig delaktighet. Att kvinnorna i den somaliska gruppen känner att de hålls kvar i sfi "bara för att vara sysselsatta" måste betraktas som ett misslyckande (se Fältanteckningarna). Frågan är hur en sådan känsla kan undvikas. Vilka informationer har inte nått fram till kvinnorna? Hur förmedlar majoritetssamhället kunskaper som leder till en känsla av mening och sammanhang? Är det rimligt att somaliska kvinnor under en städutbildning där man utlovas arbete, aldrig kommer i kontakt med arbetsgivare och riktiga arbetsplatser?

Ett fjärde syfte har varit att utvärdera aktuella interventioner. Insamlade data visar att

- De flesta i båda kvinnogrupperna deltagit i sfi, varav ca hälften i ett år eller mer
- Ca 80 % anser att de förbättrat sina svenskkunskaper och knappt 60 % att de fått mer kunskaper om det svenska samhället

- Sfi är uppskattat och upplevs leda till kontakter utanför den egna gruppen men somalierna upplever att lärarna saknar empati för deras situation
- I båda grupperna svarar 76 % att de haft praktikplats och att endast 26 % av somaliskorna och 31 % av thailändskorna haft praktikplats i 6 månader eller mer
- Mellan en fjärdedel och en tredjedel anser att de förbättrat sina svenskkunskaper och fått mer kunskap om det svenska samhället.
- En större andel av thailändskorna anser att sfi och praktikplatser har hjälpt dem att få arbete än somaliskorna.

Tolkningen av dessa data för den somaliska gruppen måste vara försiktig eftersom respondenterna huvudsakligen rekryterats via sfi.

Projektet har också syftat till att sprida erfarenheter av att arbeta med målgrupperna, resultaten från fokusgrupperna och enkätstudien. Därför har parterna kontinuerligt informerats om processerna och erfarenheterna. De workshops, som genomfördes med parterna i Sjuhäradsbygden och med representanter för organisationer i Västra Götalandsregionen och Mälardalslän under våren 2012, handlade om de myter och missförstånd mellan målgrupperna och majoritetssamhällets organisationer, som vi blivit varse genom kontakter med kvinnorna. HELMI har också delat sina erfarenheter med ett transnationellt projekt som Örebro läns landsting ingår i och med ett forskningsnätverk SULIM vid Köpenhamns universitet.

Avvikelser

Pilotprojektet HELMI har tillkommit bl. a för att ”ge kvinnorna en röst” genom att göra dem delaktiga i projektets genomförande. Fokusgrupperna har varit en väsentlig aktivitet för att generera kunskap om kvinnornas livssituation, erfarenheter av det svenska samhället och deras behov för att känna sig integrerade och delaktiga i samhället.

I ansökan står att vi ska ”skicka ut en folkhälsoenkät”. Mötet med kvinnorna och erfarenheter från andra undersökningar vars målgrupper har liten erfarenhet av skriftlig kommunikation har lett till antagandet att en postenkät förmodligen kommer att ge lite information relativt kostnaden. Svarsfrekvensen förmodades bli låg och det interna bortfallet stort pga. att frågorna kan missuppfattas, uppfattas som obegripliga eller upplevas som kränkande. Detta ledde till att vi valde att genomföra assisterad datainsamling bland somaliskorna och att vi valde att hitta respondenter i olika organiserade aktiviteter. Denna avvikelse har gjorts för att kvaliteten i data insamlad på detta sätt förväntas vara bättre än den som kan fås via en postenkät.

Thailändskorna fick som planerat en postenkät.

Eftersom datainsamlingen har blivit gravt försenad har vi inte kunnat återkoppla resultaten till de båda kvinnogrupperna. Dock planerar vi att inom ramen för kommande studier kunna göra detta.

Projektupplägg och genomförande

Organisering

Projektet har organiserats i ett partnerskap som letts av en styrgrupp. Partnerskapet har fungerat som referensgrupp och gett arbetsgruppen kunskaper som varit väsentliga för arbetets genomförande. Arbetsgruppen har letts av en projektledare.

Projektets styrgrupp har bestående av tre professorer som representerar partnerskapets respektive lärosäten och en representant för kommunerna i Sjuhäradsbygden och Arbetsförmedlingen i Borås – Björn Fryklund, Malmö högskola, Per-Olof Östergren, Lunds universitet, Ragnar Westerling, Uppsala universitet och Niklas Herneryd, Bollebygds kommun. Styrgruppen har ansvarat för att verksamheten bedrivits med kvalitet och inom de ekonomiska ramarna.

Partnerskapet har bidragit med kunskaper och erfarenheter från den dagliga verksamheten med målgrupperna och andra introduktions- och integrationsverksamheter i sina respektive organisationer.

Styrgruppen och partnerskapet har haft möten en till två gånger per halvår.

En projektledare har ansvarat för att leda projektets aktiviteter, administration, ekonomiredovisning och kontakterna med Integrationsfonden. Under projektets sista halvår har projektledarskapet delats på två personer. Den ena har svarat för administration, ekonomiredovisning och den andra har tagit särskilt ansvar för projektets forskning.

Arbetsgruppen har utökats med fler medarbetare under projektiden pga. föräldraledigheter och då verksamheterna krävt specifik forskarkompetens – kvalitativ såväl som kvantitativ. Arbetsgruppens regelbundna möten har varit väsentliga för att hålla ihop de olika delaktiviteterna och processerna. Fysiska möten har periodvis ersatts med telefonmöten men de fysiska mötena har i hög grad fört processerna framåt.

Kontakten mellan projektmedarbetarna och enskilda parter har varit väsentliga för att skapa delaktighet.

Samverkan med andra aktörer och andra projekt

Idéerna till pilotprojektet HELMI har flera rötter. Resultat av verksamheterna och fynden i den studie av malmöräkiernas hälsa, som genomfördes 2007 inom Europeiska Socialfondens Equalprogram ledde till forskningsprojektet IMHAD, Impact of Multicultural Health Advisors, som delfinansierades av Europeiska flyktingfonden 2007-2011. Kvinnojourernas uppmärksammande av anhöriginvandrades erfarenheter av våld i nära relationer och attityder i majoritetssamhället till män, som hämtar fruar från framför allt sydostasiatiska länder, och deras hustrur, bidrog också till idéerna i pilotprojektet HELMI. Vi gjorde en sökning för att se vilka studier som gjorts rörande invandrarkvinnors livssituation, hälsa och arbetsmarknadsanknytning och fann att kunskapsläget var magert. Vi studerade invandrarstatistiken och fann att ca 75 % av invandrarna från Thailand var kvinnor och att deras utbildningsnivå var mycket varierande men generellt låg. Vi fann att ca 50 % av invandrarna från Somalia var kvinnor och att utbildningsnivån och läskunnigheten generellt sett var låg. Gemensamt för grupperna var att deras deltagande på arbetsmarknaden var lågt. Den bild vi fått av grupperna ledde till ett beslut att söka finansiering för att studera förhållandena för somaliska och thailändska kvinnor i Sverige genom att de själva får komma till tals.

Genom att göra en folkhälsoenkät riktad till två kvinnogrupper, där den ena kommit till Sverige som flyktingar och varit i Sverige i mer än två år och den andra kommit hit från tredje land, som anhöriga till svenska medborgare, så skulle vi få tillgång på data från tre olika invandrade

kvinnogrupper – genom tidigare studier om irakiskor, och genom denna om somaliskor och thailändskor. Insamlade uppgifter kan jämföras med varandra och utgöra underlag för att utveckla kultursensitiva interventioner, som syftar till att introducera och integrera invandrare i det svenska samhället och arbetslivet. Erfarenheterna från studierna kan också användas för att utveckla kultursensitiva utvärderingsmetoder.

HELMI har under arbetets gång haft kontakt och erfarenhetsutbyte med SKL:s satsning *Vård på lika villkor*, ett folkhälsoprojekt som ägs av Örebro läns landsting *Better Health for Better Integration* och som delfinanseras av EU-programmet Progress. MIM, Malmö Högskola har ett samarbetsavtal med ett EU-finansierat folkhälsoprojekt vid Köpenhamns universitet, SULIM, för att utbyta erfarenhetsutbyte genom att delta i varandras seminarieverksamhet. Smittskyddsinstitutet har tillsammans med en rad andra organisationer startat projektet *"Förbättrad struktur och samordning kring hälsoundersökningar av asylsökande"*. En av HELMI:s medarbetare ingår i projektets arbetsgrupp och har på så sätt direktingång för att dela med sig av HELMI:s erfarenheter.

Resultaten från HELMI:s studie och från studierna av irakiernas hälsa och livssituation kan också användas av hälso- och sjukvården för att skapa en mer jämlik vård och för att utforma kultursensitiva hälsofrämjande insatser för specifika målgrupper. Generella insatser har inte alltid effekt på hela populationen då delar av den avviker starkt från det generella. Detta påpekade bl a professorn i folkhälsovetenskap Allan Krasnik, Köpenhamns universitet, på IMHAD: s slutkonferens i december 2011.

Alla dessa kontakter och andra forskningserfarenheter som HELMI:s medarbetare har garanterar att erfarenheter och resultat kan sättas in i och tillämpas i större och andra sammanhang än projektets.

Projektpartners deltagande och bidrag

De projektpartners som ingått i HELMI har bidragit med erfarenheter och kunskaper som varit värdefulla för både processerna och resultaten. Professorerna vid universitet och högskola har bidragit med forskningsbaserad kunskap om global hälsa, socialmedicin och sociologiska perspektiv. De har också bidragit till diskussioner kring forskningsmetodik – datainsamling, analysmodeller och diskussioner av resultat.

Kommunerna i Sjuhäradsbygden var de som slutligen möjliggjorde att en ansökan om finansiering från Integrationsfonden kunde lämnas in då de bidrog med kontant medfinansiering. Projektets upprinnelse var en fråga från kommunerna om MIM, Malmö högskola, kunde hjälpa till att ta fram kunskap som de kunde använda för att förbättra introduktions- och integrationsverksamheter riktade till framför allt somalier. Deras erfarenheter av arbetet med målgrupperna – vad de erbjuder, hur de tar emot erbjudna aktiviteter, hur de söker sig till möjliga verksamheter, vad de behöver hjälp med etc. – har hjälpt arbetsgruppen att designa framför allt fokusgruppsarbetet och att få kontakt med kvinnor ur de båda målgrupperna.

Målgruppernas delaktighet och uppfattning av projektet

Somaliska och thailändska kvinnor har involverats i arbetet genom att de inbjudits att delge arbetsgruppen kunskaper om sig själva och sin livssituation i våra så kallade kunskapsseminarier. Dessa kunskaper har använts för att designa fokusgruppsintervjuerna, som utgjort en viktig grund för den enkät med vars hjälp vi samlat in data från kvinnorna.

För att få så bra resultat som möjligt, med tanke på att somaliska kvinnor i liten grad talar svenska, har vi utbildat somaliska kvinnor i att leda fokusgrupper på somaliska. Somaliska kvinnor har också engagerats för att skriva referat/rapporter från fokusgrupperna på svenska.

En av HELMI: s medarbetare talar thai och många thailändska kvinnor talar engelska. Thailändskorna har stora och välfungerande nätverk, som de har använt sig av för att informera sina landsmaninnor om HELMI: s verksamhet. Att 62,3 % av de thailändskor som fått postenkäten besvarat frågorna vittnar om att de funnit undersökningen både viktig och intressant. En fråga är om arbetsgruppens goda kontakt med de kvinnor som deltagit i olika möten både i Skåne och i Sjuhäradsbygden, bl besök i det thailändska templet i Skåne, och dessa kvinnornas positiva attityd till undersökningen påverkat svarsfrekvensen.

För datainsamlingen bland somaliskorna har två medarbetare med somalisk bakgrund anställts i arbetsgruppen. De har kontaktat en mängd olika organisationer och många individer dels för att berätta om HELMI: s studie och dels för att assistera somaliskorna då de besvarat enkätfrågorna. Det innebär att de träffat ett par hundra somaliskor och 125 av dem har besvarat frågorna. Orsakerna till att inte alla har velat besvara frågorna har rapporterats i medarbetarnas fältanteckningar, som är ett mycket viktigt komplement till insamlade enkätsvar. Ett vanligt skäl är att kvinnorna inte ansett sig ha tid. Andra har inte fallit inom den beskrivna målgruppen och därför inte fått delta i undersökningen. Överlag har kvinnorna dock tyckt att undersökningen är viktig och uttryckt förhoppningar om att deras bidrag kan leda till förbättrade möjligheter både för dem själva och för andra i deras situation.

Genomförande – goda lösningar och framgångsfaktorer respektive problem och hinder

Beskriv hur projektet har genomförts. Vad har varit de goda lösningarna och framgångsfaktorerna? Har det funnits särskilda problem och hinder?

En framgångsfaktor för projektet har varit att alla i arbetsgruppen har engagerat sig i projektets helhet även om man haft huvudansvar för olika delar. Partnerskapsmöten med alla arbetsgruppsmedlemmar har varit väsentliga för att skapa en gemensam bild av det som ska studeras, varför det ska studeras och vad resultaten kan komma att användas till. Processerna med att skapa kunskap om målgrupperna och fokusgruppsarbetet var intensivt och bidrog i hög grad till uppnådda resultat. Under våren 2011 knöts en professor med erfarenheter från att kombinera kvalitativa och kvantitativa metoder till projektet och ansvarade för utbildningen av somaliska fokusgruppsledare. Att anställa två somaliska kvinnor var förmodligen avgörande för att samla in enkätdata från somaliskorna.

Under en period träffades arbetsgruppen i telefonmöten för att vara kostnadseffektiva. Dock är det svårt att diskutera processer och val av olika handlingsalternativ i telefonmöten. Med facit i hand så kan telefonmöten vara bra för att fatta beslut i redan beredda ärenden men processer, där flera personer är inblandade, behandlas bäst i möten ansikte mot ansikte.

Hälsa – den särskilda prioriteringen

HELMI ansökte om att arbeta inom området empowerment. Hälsa var en viktig faktor och en utgångspunkt för den beskrivna empowerment satsningen, varför vi lika gärna hade kunnat söka inom detta område. Integrationsfonden beslutade att bevilja projektet inom området hälsa.

Arbetsgruppen har ägnat sig åt de båda områdena. Åt hälsa genom att genomföra en folkhälsoundersökning för att beskriva målgruppernas hälsa och livssituation, för att kommande interventioner ska kunna ta sin utgångspunkt i målgruppernas situation, så som de själva beskrivit den. Empowermentperspektivet har genomsyrat mötet med kvinnorna. Arbetsgruppen har intresserat sig för kvinnornas situation och försökt att ingjuta framtidstro genom att beskriva hur vi

vill försöka påverka de strukturella förhållandena i samhället genom att sprida resultaten av både fokusgruppsaktiviteterna och enkätdata, liksom datainsamlingsarbetet.

Utvärdering

Projektet har inte haft någon extern utvärderare. Arbetsgruppen har kontinuerligt diskuterat hur samarbetet och processerna i projektet fungerat och inte fungerat och justerat båda utifrån dessa diskussioner. Parterna har beskrivit hur de upplevt kontakterna med arbetsgruppen.

Sammanfattningsvis kan vi rapportera följande;

- Att en medarbetare talar thai har varit en tillgång och påverkat kvaliteten i fokusgruppsarbetet
- Att arbetsgruppen utökades med två somalispråkiga kvinnor har påverkat kvaliteten i datainsamlingen i den somaliska målgruppen. Om de anställdes från projektstart hade de kunnat påverka också fokusgruppsarbetet i positiv riktning.
- Att arbetsgruppens medlemmar periodvis inte kunde delta aktivt i arbetet, pga. föräldraledigheter, har påverkat både processerna och kvaliteten menligt. Men då ersättare med kvalificerad forskarkompetens togs in i arbetet uppvägdes den brist, som annars drabbat projektets slutliga resultat.
- Att arbetsgruppen inte ställt större krav på professorernas engagemang kan ha bidragit till förseningarna.
- Att projektet haft olika projektledare under processen har lett till bristande kontinuitet, stabilitet och osäkerhet om vilka rutiner som gäller.
- Att arbetsgruppen tidvis engagerat företrädare för kommunerna och arbetsförmedlingen i liten grad kan ha påverkat deras intresse för att delta i kommande interventionsprojekt.

Projektets resultat och erfarenheter

Metoder

Kunskapsseminarier – Arbetsgruppen bjöd in personer som hade kunskap om målgrupperna och deras hemländer samt representanter för målgrupperna, för att få kunskap om och beskrivning av gruppernas livssituation, möjligheter och hinder. Vi frågade också om hur de ställde sig till att besvara frågor i en folkhälsoenkät och om de uppfattade att det var möjligt att skicka ut en postenkät. Vi diskuterade om enkäten skulle distribueras i en svensk eller thailändsk respektive somalisk version eller i båda. Det var kunskapsseminarierna som ledde in tankarna på en alternativ form för datainsamling bland somaliskor.

Fokusgruppsdiskussionerna med somaliska respektive thailändska kvinnor i Skåne respektive Sjuhäradsbygden var mer formaliserade och det fanns en diskussionsguide. De gav ytterligare viktig information som vi använde i diskussionerna och beslut kring enkätens utformning.

För att öka kvaliteten på den information som kvinnorna kunde förmedla till arbetsgruppen hölls diskussionerna på thai och somaliska. Vi utbildade somaliska kvinnor för att leda diskussionerna och i arbetsgruppen finns en medarbetare som talar thai. Innehållet i diskussionerna skrevs ner och utgör underlag för en del i forskningsrapporten.

Material

HELMI har utvecklat ett program för att utbilda somaliska fokusgruppsdiskussionsledare och tagit fram guider för fokusgruppsdiskussionerna i syfte att få fram systematisk information.

De enkäter som utvecklats i projektet finns på svenska, thai och somaliska. Enkätfrågorna om khat ställdes endast till somaliskor. Somaliskorna kunde välja om de ville besvara en somalisk eller en svensk version av enkäten. Thailandskorna fick endast en version på thai.

Information till respondenterna om undersökningen och en samtyckesblankett har översatt till både somaliska och thai.

Projektets genomförande och resultat i förhållande till projektmål, indikatorer samt särskilda prioriteringar

Projektet har genomfört de flesta av de beskrivna målen under projektets fyra olika syften. Dialogseminarier för att diskutera analysen av datainsamlingen har inte varit möjlig pga. projektets förseningar. Inte heller har det varit möjligt att föreslå kultursensitiva interventioner, eftersom det visat sig att majoritetssamhällets erfarenheter av och attityder till målgrupperna måste kartläggas för att skapa förutsättningar för dynamiska dubbelriktade integrationsprocesser.

A. SYFTE: Att stärka somaliska och thailändska kvinnors deltagande i och inflytande på planering, utformning av ett framtida integrationsprojekt med ett hälsofrämjande perspektiv, och på metodutveckling av befintliga insatser.

Mål 1 Fokusgruppsdiskussioner har genomförts med målgrupperna. Diskussionerna har dokumenterats och ingår i forskningsrapporten.

Mål 2 Målgruppernas och tjänstemännens beskrivningar av interventioner är dokumenterade och ingår i forskningsrapporten.

B. SYFTE: Att utveckla kultursensitiva utvärderingsmetoder i nära samarbete med målgruppen

Mål 1 handlar om undersökningens etiska genomförande. Etikprövningsnämnden biföll HELMI: s ansökan. Arbetsgruppens medlemmar har bemödat sig om att bemöta målgruppen på ett etiskt gott sätt. Svarsfrekvensen i den thailändska gruppen vittnar om att målgruppen har förtroende för projektet. Somaliska kvinnor som varit tveksamma till att besvara enkäten har i de flesta fall efter medarbetarnas förklaringar om vad insamlade data kan användas till bestämt sig för att delta i undersökningen. Även somaliskor som inte ingår i den definierade målgruppen har velat delta. Också somaliska män har varit intresserade av undersökningen.

Mål 2 handlar om att utforma en pilotenkät, översätta den till somaliska och thailändska. Enkäten har utformats tillsammans med målgrupperna och de har även deltagit i att granska översättningarna, för att säkra att frågorna kan tolkas på avsett sätt och därmed ge avsedd information. Distributionen har anpassats till målgrupperna. Se ovan. Datainsamlingen har resulterat i en undersökningsrapport.

Mål 3 Kvalitativa intervjuer har genomförts i form av fokusgruppsdiskussioner. Resultaten ingår i forskningsrapporten.

C. SYFTE: Att utifrån ett deltagarperspektiv generera kunskap och rekommendationer som behövs för framtida interventioner, och för metodutveckling av befintliga interventioner som riktar till somaliska och thailändska kvinnor.

Mål 1 Dialoger med målgrupperna kring utfallet av analyserna har inte kunnat genomföras då datainsamlingen försenats.

D. SYFTE: Spridning och påverkan bland partners i Sverige och på europeiska arenor

Mål 1 Workshops har genomförts i Sjuhäradsbygden, i Mälardalen och i Västra Götalandsregionen. Erfarenheter och delresultat har redovisats under rubriken Myter och missförstånd.

Projektets arbete har presenterats på ett transnationellt partnerskap som Örebro läns landsting ingår i tillsammans med projekt i Italien, England och Rumänien.

Projektets huvudman, Malmö högskola, har under projektperioden ingått i referensgruppen för SULIM. SULIM är ett danskt forskningsprojekt med fokus på hälsa och migration, finansierat av Socialdepartementet i Danmark. Projektet leds av Köpenhamns universitet och är ett samarbete mellan olika universitet och myndigheter i Danmark. HELMI-projektet har under projektperioden haft löpande kontakt med medarbetare i SULIM.

Mål 2 Kultursensitiva interventioner har inte kunnat genomföras under perioden. Däremot har behovet av att kartlägga majoritetssamhällets, särskilt civil servants – sjuksköterskors, socialarbetares, lärares, arbetsförmedlares etc.– erfarenheter och attityder synliggjorts. Innan den kunskapen samlats in kan inte kultursensitiva interventioner utvecklas då de måste bygga på kunskaper om både majoritetssamhällets och de invandrade personernas erfarenheter.

Integrationsfondens slutliga målgrupper

Av Integrationsfondens målgrupper representerar thailändskor tredjelandsmedborgare. Projektets deltagare från Somalia hade varit i Sverige i minst två år då datainsamlingen genomfördes.

SCB:s urval av thailändska respondenter för enkätundersökningen har dragits i enlighet med projektets beskrivning av målgruppen uppgår till 1 296 personer. Av SCB:s statistik framgår att under perioden 2005-2008 invandrade 2 229 män och 8 477 kvinnor från Thailand till Sverige. Kvinnorna utgjorde således 79 % av hela gruppen thailändska invandrare. I Sverige finns också flera andra tredjelandsmedborgare men vi har valt den thailändska gruppen eftersom den är utan jämförelse störst.

Eftersom vi bedömt att postenkät inte är en användbar datainsamlingsmetod är inte respondenterna representativa för hela målgruppen somaliska kvinnor i Sverige. Under perioden 2005-2008 invandrade 6 238 män och 6 284 kvinnor från Somalia till Sverige. Antalet somaliska invandrare per år under denna period har ökat drygt tre gånger.

Under datainsamlingen bland somaliska kvinnor har projektmedarbetarna träffat även de kvinnor som inte faller inom målgruppsdefinitionen. Dessa kvinnor har inte tillåtits besvara enkäten men de har diskuterat undersökningen tillsammans med medarbetarna och de kvinnor som faller inom målgruppen.

Europeiska unionens elva grundprinciper för integration

I projektet har *Europeiska unionens elva grundprinciper för integration* beaktats enligt följande;

Princip 1. Integration är en dynamisk dubbelriktad process med ömsesidigt tillmötesgående mellan alla invandrare och invånare i medlemsstaterna

Projektet har blivit varse hur den första principen svårligen kan tillämpas då invånarna i Sverige har liten kunskap om och många fördomar om projektets målgrupper. Genom de informationer arbetsgruppen fått genom fokusgrupperna och de workshops på temat Myter och missförstånd, som genomförts har vi ett gediget material som kan utvecklas till ett kompetensutvecklingsprogram för service providers – tjänstemän i offentlig förvaltning, hälso- och sjukvården och arbetsgivare.

Princip 3. Sysselsättningen är en väsentlig del av integrationsprocessen och är avgörande för invandrarnas delaktighet, för invandrarnas bidrag till värdsamhället och för att synliggöra dessa bidrag och

Princip 4. Grundläggande kunskap om värdsamhällets språk, historia och institutioner är absolut nödvändig för integrationen. Att ge invandrarna möjlighet att förvärva denna grundläggande kunskap är viktigt för en framgångsrik integration

Vi bedömer att bristen på kunskap och ömsesidiga fördomar försvårar etablering på arbetsmarknaden. Majoritetssamhället har inte lyckats med språkundervisningen; inte lyckats beskriva kraven på språklig kompetens för olika yrken och inte heller lyckats få målgrupperna att förstå vikten av att förstå och ta ställning till koderna i samhället. Majoritetssamhällets krav på formell och framför allt svensk utbildning och bristen på system som validerar och tillvaratar gruppernas kompetenser och möjligheter att komplettera formell utbildning är uppenbar och ett hinder för etablering på arbetsmarknaden.

Utvärderingen av processerna i arbetsgruppen och i partnerskapet;

I HELMI-projektet finns ingen extern utvärdering. Däremot har arbetsgruppen diskuterat och internt granskat processerna i arbetsgruppen och i partnerskapet. Denna utvärdering kan sammanfattas enligt följande;

- Ansvarsfördelningen i styrgruppen måste vara tydlig.
- Se till att arbetsgruppen träffas regelbundet och att alla är delaktiga i och ägare av samtliga processer och resultat.
- Se till att projektledaren/-arna håller kontakt med medarbetarna och har kontroll över processerna i relation till tidplanen och budgeten så att relevanta justeringar kan göras.
- Gör en processplan som uppdateras kontinuerligt.
- Kontinuerlig kontakt och återkoppling med projektparter behövs för att de ska kunna följa processen och få något tillbaka för den insats de gjort
- Se till att nyttja parternas resurser och engagemang genom att fråga efter deras erfarenheter och kunskaper för att jämföra arbetsgruppens erfarenheter med deras. Inbjud parterna till möten för att tillsammans med dem reflektera kring successivt gjorda erfarenheter och uppnådda resultat.
- Projektledaren måste hålla kontroll på bemanningen och arbetsuppgifterna så att det inte blir störningar i ”flödet”

- Se till att kontinuerligt få in adekvata underlag för rapportering till fonden, rapportera på sätt som beskrivs i handledningarna och håll kontakt med fondmedarbetarna för att undvika merarbete i rapporteringen.
- Ekonomiadministratören bör ha erfarenhet av EU-projekt eller få kontinuerlig handledning och återkoppling.

Utvärdering av studien

Den studie som beskrivits i ansökan har genomförts. Metoderna har anpassats till målgrupperna med motiveringen att kvaliteten i insamlade data måste vara så kostnadseffektiv som möjligt.

Att utveckla kultursensitiva interventioner baserade på projektets studie har inte varit möjligt då vi blivit varse att fler mer kunskap och fler underlag behövs för att en intervention som präglas av en *”dynamisk dubbelriktad process med ömsesidigt tillmötesgående mellan alla invandrare och invånare i medlemsstaterna”* ska vara möjlig.

Transnationellt samarbete

Helmi har inte beskrivit något transnationellt samarbete i sin ansökan. Våren 2011 tog Det Sundhetsvidenskablige Fakultet, Institut for folkesundsvideuskab, Afdelingen for Sundhedstjenesteforskning kontakt med MIM, Malmö högskola med avsikt att etablera ett transnationellt samarbete. *SULIM “Towards Sustainable Healthy Lifestyles Interventions for Migrants”*. Som partner deltar HELMI i internationella forskarseminarier fr o m 2013. Som sparringpartners diskuterar HELMI forskningsdesign och -metodik samt resultat. Samarbetet innebär också att parterna kan författa och publicera gemensamma rapporter och ansökningar om finansiering av projekt. Vidare innebär samarbetet att forskare kan gästa parternas institutioner under kortare eller längre perioder. Samarbetet pågår t o m april 2015.

Ett utbyte har skett då Signe Smith Nielsen från Det Sundhetsvidenskablige Fakultet, Institut for folkesundsvideuskab, Afdelingen for Sundhedstjenesteforskning, deltog i ett av MIM: s forskningsseminarier där tre projekt presenterades; nämligen SULIM, Better Health for Better Integration, Örebro läns landsting och HELMI.

HELMI har inbjudits till ett seminarium vid Köpenhamns universitet men kunde inte delta pga sjukdom. Dock har erfarenhetsutbyte med SULIM pågått kontinuerligt under projektperioden.

I planerna på en fortsättning och utvidgning av HELMI finns planer på transnationellt erfarenhetsutbyte genom forskarseminarier med fokus på metoder och forskningsresultat avseende tredjelandsmedborgares situation efter invandring till Europa.

Spridning av resultat

Aktiviteter

HELMI: s utåtriktade aktiviteter har varit omfattande.

- Ett par månader efter projektstart berättade vi i nyhetsbrev och på MIM: s hemsida om vad projektet avsåg att göra och varför.
http://www.mah.se/upload/Forskningscentrum/MIM/MIM/101119%20current_research_101119.pdf. Därefter har vi informerat om vad vi gör och hur det går på flera olika sätt och i flera olika sammanhang och miljöer.
- En brevmall och en informationsbroschyr togs fram vid projektets början. Den logga som användes hade hämtats från webben och upphovsmannen är för oss okänd. Därför beslöt vi under projektets sista tredjedel att utveckla informationsmaterialet. Ett samarbete med en fotograf, en layoutare och en journalist, som arbetar i eller tillsammans med Infokooperativet, ett annat Integrationsfondsprojekt, som vi fått kontakt med genom SIK-projektet startade. Det nya materialet syftar framåt på kommande projekt som fokuserar på thailändska och somaliska kvinnors, och även andra kvinnogrupper, delaktighet i det svenska samhället. Broschyren finns också på engelska, eftersom vi börjat etablera transnationella kontakter och kommer att utvidga dem under planerade kommande projektperioder.
- Nyhetsbrev har skickats ut i oktober 2010, januari, maj och oktober 2011. Nyhetsbrevet oktober 2011 informerade bl. a om projektsiten <https://sites.google.com/site/healthmigration> och hur man får tillgång till den.
- HELMI har deltagit i arbetet i projektet *Migration hiv/STI prevention Skåne* under 2010 och 2011. Erfarenhetsutbyte och information om projekten har varit genomgående aktiviteter
- HELMI har vid ett par tillfällen besökt det thailändska templet i Eslöv för att skapa kontakter och bygga förtroende, informera om projektets kommande arbete och lyssna på målgruppens synpunkter på projektet och så småningom för att dela med oss av resultaten från fokusgrupperna.
- Projektet har presenterats på konferensen *Ett friskare Skåne*, som hölls i Malmö 11 10 13
- Som ett led i datainsamlingen bland somaliskor har 80 personer i 13 kommuner i Skåne, som arbetar med somalikor på olika sätt, kontaktats för att nå informanter. I Sjuhäradsbygden har partnerkommunernas medarbetare svarat för detta kontaktarbete. Genom arbetet har information om HELMI: s arbete spritts i vida kretsar.
- HELMI deltog i Länsstyrelsernas konferenser om samhällsorientering 12-03-15 i Växjö, 12-03-20 i Stockholm och 12-03-22 i Göteborg. Pga. sjukdom kunde projektet inte delta i Umeå. Vid konferenserna har vi delat ut broschyrer och informerat om projektet.
- Under 2012 har projektet skickat information om projektet och inbjudan till workshopen *Myter och missförstånd* och projektinformation till 170 kommuner i Uppsala län, Stockholms län, Västmanlands län, Örebro län, Östergötlands län, Västra Götalandsregionen och i Skåne län samt till hälso- och sjukvårdsförvaltningen i motsvarande landsting. Workshops genomfördes i Borås 12 03 13, i Eskilstuna 12 05 24 och i Göteborg 12 05 29. Workshopen för kommunerna i Skåne och Hälso- och sjukvården i Region Skåne fick ställas in pga. för få anmälda. Inbjudan riktades till politiker och högre tjänstemän men medarbetare på "golvet" deltog.

- HELMI-medarbetare deltog i Smittskyddsinstitutets upptaktskonferens i Stockholm 12 01 26 för ERF-projektet *Förbättrad struktur och samordning vid hälsoundersökningar för asylsökande*. Där delade vi ut broschyrer, talade om projektet med andra konferensdeltagare. En av medarbetarna arbetar också deltid i detta projekt, vilket medför att HELMI:s resultat förs direkt in i det.
- HELMI presenterade sitt arbete i Örebro på det transnationella partnerskapsmötet *Better Health for Better Integration among women of ethnic minorities in the Örebro Region-Country Report* 12 03 29. I partnerskapet ingår projekt från Rumänien, Italien och England.
- På den Nationella folkhälsostämman i Stockholm 12 04 23—25 deltog HELMI-medarbetare. Vi noterade att invandrares hälsosituation inte fanns på agendan.
- 12 06 11 deltog HELMI i och presenterade sig med en roll-up, broschyrer och samtal med andra deltagare på SKL:s konferens *Jämlik vård – vårda jämlikt*. På SKL:s hemsida finns referat från konferensen. Bl a står där ”En annan diskussion som fördes gällde regeringens och integrationsministerns förhållningssätt till medicinsk etik och även brist på initiativ kring betänkandet *Vård efter behov och på lika villkor*.”

Förväntade effekter av spridnings- och påverkansinsatserna

När vi i olika sammanhang talar om projektets arbete så väcker det intresse och frågor. Problemet med gruppernas utanförskap är välkänt och uppgivenheten inför det förefaller vara stor både bland kvinnorna själva och hos majoritetssamhället. Frågan om hur utanförskapet ska brytas ”hänger i luften”.

Vi har tagit till vara resultaten genom att arbetsgruppen skickat in en projektansökan för att studera tjänstemännens /”civil servants” kunskaper om och erfarenheter av målgrupperna. Genom att ställa resultaten från undersökningen av kvinnornas situation mot resultaten i undersökningen bland civil servants kommer vi att få två bilder av ett gemensamt upplevt problem och utifrån de resultaten kan vi föra samman representanter för civil servants och de thailändska och somaliska grupperna för att diskutera fram interventioner som kan leda till att kvinnornas inkludering och självförsörjning ökar.

Genom spridnings- och påverkansarbetet har nya organisationer uttalat intresse för att samarbeta med arbetsgruppen i ett nytt projekt som fokuserar på interventioner och möjliga effekter av dem. Därför ansöker MIM och HELMI-arbetsgruppen om medel för att tillsammans med Psykiatri Skåne

Centrum för folkhälsa och social hållbarhet (Region Skåne), Malmö Stad, Eslövs kommun, Alingsås kommun och LAFA – Centrum för sexualitet och hälsa vid Stockholms läns landsting arbeta vidare med målgrupperna och baserat på resultaten från HELMI och IMHAD genomföra ett interventionsprojekt.

Apropå De elva grundläggande principerna konstaterar Niklas Herneryd, partnerskapsrepresentant för Bollebygds kommun och kommunpolitiker, och en av styrgruppsmedlemmarna, efter en konferens i Göteborg 10 12 08 om etableringsreformen;

”Det är ju också det jag menar när jag säger att kärnproblemet i möjligheten att få vara med i majoritetssamhället sitter i attityder bland nyckelpersoner, organisationer och företag – vilket i sig bidrar till att många nyanlända har svårt att få arbete. Har du fel namn eller annan symbol från ”det andra” så är det allmänt sett tuffare att erhålla ett arbete. Huvudmannaskapet kommun/AF kan under den initiala perioden bara påverka detta i en ytterst låg omfattning.”

Förslag

Positiva erfarenheter:

Vi har mött ett mycket positivt gensvar för studien bland både somaliska och thailändska kvinnor. Vi har skapat förväntningar på att deras medverkan i studien ska synliggöra deras livssituation och att resultaten ska kunna påverka strukturella förhållanden så att kvinnornas kunskaper och erfarenheter tas tillvara och att de blir sedda som en resurs i samhället. Men också att de blir bemötta med respekt.

Intresset för studien är relativt stort då det i samhället finns en förståelse för att de båda kvinnogruppernas livssituation inte är den önskvärda

Negativa erfarenheter:

Uppgivenhet kring kvinnornas utanförskap både hos kvinnorna och hos tjänstemän. Dock bör det betraktas som positivt om denna attityd blir synlig för då finns det möjlighet att göra något åt den. De nya projekt HELMI-arbetsgruppen ansökt och ansöker om avser att tydliggöra och bearbeta denna attityd så att den kan omvandlas till konstruktiva interventioner för att åstadkomma delaktighet och självförsörjning.

Resultat och produkter som är möjliga och angelägna att tillvarata

Kvinnornas beskrivningar av sin hälsa, sin livssituation och sina livsvillkor kan användas som underlag för kommande interventioner exempelvis kompetensutveckling för mer adekvat bemötande av kvinnorna inom området hälsa och sjukvård. Även arbetsförmedlingens och kommunernas tjänstemän liksom arbetsgivare inom både privat och offentlig sektor behöver kompetensutveckling för att arbeta effektivare tillsammans med thailändska och somaliska kvinnor för att öka andelen med god utbildning och självförsörjning.

De metoder som använts för att generera kunskaper om målgrupperna och datainsamlingen och resultaten är värda att tillvarata och vidareutveckla. På området våld i nära relationer har HELMI-projektet ställt frågor direkt till kvinnorna själva, till skillnad från landshövding Eva Erikssons studie där information hämtats från socialtjänsten, polismyndigheter, akutmottagningar och kvinnojourer. Resultaten av de båda studierna bör jämföras och diskuteras inom ramen för regeringens kraftsamling mot våld i nära relationer. Länspolismästare Carin Götblad som utsetts till särskild samordnare, justitieminister Beatrice Ask och jämställdhetsminister Nyamko Sabuni kommer att erhålla HELMI:s rapporter. Även Socialstyrelsen, som fått uppdraget att rikta in sig på våldsutövarna och Brottsförebyggande rådet som fått uppdrag att genomföra en nationell kartläggning av brott i nära relationer kommer att erhålla rapporten.

Rekommendationer

Rörande policy och reguljär verksamhet rekommenderar HELMI-projektet:

- Interventioner för delaktighet, inkludering och självförsörjning måste ta sin utgångspunkt i kvinnornas livssituation. Utforma interventionerna tillsammans med kvinnorna och ta kvinnorna i anspråk för att genomföra dem.
- Hälso- och sjukvårdens personal behöver kompetensutvecklas för att möta kvinnornas behov.

- Hälso- och sjukvården måste utveckla sina informationsinsatser om förebyggande hälsoarbete om det ska nå ut till olika målgrupper med specifika förutsättningar.
- Tjänstemän inom kommunala och statliga organisationer behöver bli medvetna om vilka kunskaper, värderingar och attityder som påverkar dem i mötet med kvinnorna och delta i kompetensutveckling för att bygga strategier och modeller för sitt arbete så att målen integration och självförsörjning nås.

Utvecklingsområden

A	Ange med siffra 0 till 2 i vilken grad ert projekt arbetar inom följande utvecklingsområden (0=inte alls, 1=i viss utsträckning, 2=i stor utsträckning)	
⇒		Interkulturell och interreligiös dialog
⇒		Samhällsinformation och medborgarkunskap – värdegrunder
⇒		Familj – uppfostran – socialisering – alternativa arenor och nätverk
⇒		Informella integrations- och försörjningssystem – incitamentsstrukturer
⇒		Kriminalitet, klass, kultur och etnicitet
⇒	2	Hälsa
⇒		Ungdomar

B	Ange med siffra 0 till 2 i vilken grad ert projekt arbetar med följande särskilda målgrupper : (0=inte alls, 1=i viss utsträckning, 2=i stor utsträckning)	
		Utveckling/anpassning av introduktionsprogram eller andra aktiviteter syftande till att tillgodose behov hos särskilda målgrupper av tredjelandsmedborgare:
⇒		- Äldre
⇒		- Personer med funktionsnedsättningar
⇒	2	- Kvinnor
⇒	1	- Analfabeter/lågutbildade
⇒		- Barn/ungdomar
⇒		- Annan särskild målgrupp, nämligen:
⇒	2	Deltagande som ett sätt att främja integrationen av tredjelandsmedborgare i samhället Kommentar: genom fokusgruppsdiskussioner har projektets arbete utgått ifrån kvinnornas berättelser som sin livssituation genom

C	Ange med siffra 0 till 2 i vilken grad ert projekt arbetar med följande verksamheter/aktiviteter (0=inte alls, 1=i viss utsträckning, 2=i stor utsträckning)	
⇒	2	Utveckling av metoder/indikatorer för uppföljning och utvärdering
⇒	2	Kartläggningar/analyser inriktade på särskilda målgruppers behov
⇒		Framtagning och utprovning av informationsmaterial och pedagogiska verktyg

⇒		Utveckling av kursplaner/moduler, utbildningsmaterial, lärarhandledningar o liknande
⇒		Transnationellt utvecklingssamarbete kring analyser och kartläggningar, utveckling av utvärderingsmetoder, indikatorer mm
⇒		Transnationellt samarbete kring utveckling/genomförande av utbildningar och andra riktade åtgärder/tjänster för tredjelandsmedborgare (även överföring av ”lyckade modeller” mellan medlemsstater)

Underlag för redovisning av genomförda aktiviteter och deltagare

A. Aktivitet/delprojekt för avgränsad grupp av deltagare	Kommentarer och förtydliganden			
	TOT			
		Män	Kv.	
Beskriv kortfattat typ av aktivitet, målgrupp, omfattning och tidsperiod (ex: ”10 x 3 timmar samhällsinformation och medborgarkunskap för deltagare i alfabetiseringsundervisning, sept-nov 2012)				
Arbetsgruppsmöten Ca 20 möten under 23 månader varav ca hälften i form av telefonmöten	6-10	1-2	5-8	Inledningsvis bestod arbetagruppen av 1 man och fem kvinnor, så småningom tillkom 1 man och 3 kvinnor
21-25 mars 2011 Arbetsgruppens genomgång av fokusgrupper, arbeta med att skapa underlag för enkäten	6	1	5	
30 mars Arbetsgruppens metoddiskussion	6	1	5	
Partnerskaps och styrgruppsmöten i vilka arbetsgruppen deltog 5 möten under projektperioden	19-23	4-6	15-17	Ändringar i sammansättningen av både partnerskapets representanter och arbetagruppens sammansättning ändrade relationen män/kvinnor
21-22 oktober 2011 Besök i partnerskapskommunerna	Ca 12	?	?	
Integrationsfondens och SIK:s möten	1-2			
1 sept 2010 Informerat MIM: s styrelse om Helmi-projektet	6	2	4	
7 april 2011 Besök av SIK-projektet	4			
16 maj 2011 Besök Göran Bergendahl fonden	3	1	2	
23 maj 2011 Möte Robert Jonzon SMI Eventuell medfinansiering	3			
7 juni 2011 Revisorsbesök från ESF				
Kunskapsdagar om Somalia och somaliskor				
8 dec Deltagit i Somaliadagen i Göteborg				Niklas Herneryd, Bollebygd deltog
21 dec Bjudit in representanter från Somalilandföreningen i Malmö som vann Malmös integrationspris	8			
14 jan Utbildning Fokusgruppsmoderatorer Somaliskor	6		6	+ 3 projektmedlemmar
9 feb Rekryteringsmöte FGD somaliskor	5		5	
23 feb Rekryteringsmöte 2 FGD somaliskor	8			
1-2 mars Utbildning fokusgruppsmoderatorer	5		5	
8-9 mars 2011 Genomförande av fokusgrupper med somaliskor	35		35	

mars och maj 2011 Möten somaliska hälsoteamet	4	1	3	Här fick HELMI ytterligare kunskaper om de somaliska kvinnornas hälsa, livssituation och livsvillkor
24 maj 2011 Möte Anisa Nur	3		3	Diskuterat möjligheten att genomföra datainsamling med somaliska kvinnor face to face
13-14 juli och 26-27 juli 2011 Dialogtillfälle somaliskor	7		7	
Oktober - nov 2011 Rekrytering av två somaliska intervjuare	3		3	
15 nov 2011 Referensgruppsmöte somaliska enkäten	4		4	2 somaliskor och 2 HELMI-medarbetare
22 november och 6 december 2011 Utbildning i intervjueteknik	5		5	2 somaliskor 2 medarbetare 1 expert
Kunskapsdagar om Thailand och thailandskor				
8 jan 2011 Besök thailändska buddhisttemplet i Eslöv	2			Projektledare
12-13 jan 2011 Fokusgrupper med thailändskor	13		13	Varav 2 projektmedlemmar
7 juli 2011 Dialogtillfälle thailändskor	5		5	
13 aug 2011 Besök i thailändska templet	ca 40		40	
Oktober-december 2011 Fortlöpande kontakter med somaliska och thailändska kvinnor med anledning av översättning av enkäterna	10		10	Kontakterna medförde att formuleringarna i enkäten kunde göras mer begripliga och därför också ge bättre data
18 november 2011 Referensgruppsmöte thailändska enkäten	7		7	5 thailändskor 2 medarbetare
7 dec 2010 Presenterat projektet på Integrationsfonden	25	10?	15?	2 från Helmi
6 april 2011 Presentation av Helmi för Borås kommun	65			
27 maj 2011 Möte med Maria Nilsson HIV/STI projekt Malmö stad/Region Skåne	2		2	

B. "Öppna" projektaktiviteter (se instruktionen) • Aktiviteter markerade med punkt är anordnade av HELMI Beskriv kortfattat typ av aktivitet, syfte och målgrupp (ex: "dialogseminarier som inslag i lärarutbildning")	Antal deltagare (ca)			Kommentarer och förtydliganden (Ex: "Medverkande från 7 olika tillfällen. Sammanlagt 140 inbjudna varav 89 infann sig. Stor uppskattning från de flesta deltagare.")
	Totalt	Män	Kv.	
8 dec 2010 Presenterat HELMI projektet på Genusforskningens dag – olika forskningsaktiviteter som fokuserar på genus	30	12	18	Deltagarna var obekanta med perspektivet migration och hälsa
• 13 oktober 2011 Ett hälsosammare Skåne	ca 40	15	25	Projektpresentationer IMHAd och HELMI Vi tog upp vikten av att betrakta interventioner som investeringar istället för som kostnader. Deltagare beskrev hur man börjat anamma detta betraktelsesätt.
• 12-03-13 Workshop för partnerskapet i Sjuhärad, Borås	41	4	37	Mycket uppskattat. Deltagarna ansåg att deras chefer och politiker skulle ha deltagit i denna workshop för att få förståelse för sina medarbetares arbetssituation och för invandrarens situation
12- 03- 29 Better Health Better Integration, Örebro	15	5	10	Transnationellt möte Sverige, Rumänien, Italien och England, 1 från HELMI Deltagarna tog med sig idéerna om att skaffa specifik kunskap om olika målgrupper
12-04—23-25 Folkhälsostämman, Stockholm HELMi presenterat sig med broschyrer och samtal med konferensdeltagare	Ca 900			4 från HELMI. Vi konstaterade att Migration och hälsa inte finns på agendan
• 12-05-24 Workshop Myter och missförstånd, Eskilstuna	33	10	23	Varav tre från projektet och en föreläsare. Se kommentar från 12-03-13
• 12-05-25 MIM- seminarium	15	7	8	Medarbetarna på MIM diskuterade området migration och hälsa samt hur de gjorda erfarenheterna kan förvaltas och vilken forskning som behövs för att tillsammans med målgrupperna föreslå och utveckla effektivare interventioner för ökad integration
• 12-05-29 Workshop Myter och missförstånd, Göteborg	19	5	14	Varav fyra från projektet och en föreläsare Se kommentarer från 12-03-13
12-05-29 Somaliadag i Tylösand	16	6	10	Varav en från HELMI. Delade ut information. Deltagarna ansåg att det var viktigt med specifik kunskap om somalier från somalier själva.
12-06-11 SKL: s konferens Jämlik vård – vårda jämlikt. HELMI presenterat sig med roll-up, broschyrer och samtal med konferensdeltagare	Drygt 350	,		2 från HELMI, som har god kontakt med utvecklingsarbetets ledare på SKL