
**Att mediera information om vårdmöjligheter för nyanlända:
Evaluering av SLL:s kommunikation 2015/16**

**Mediating access to healthcare for newly arrived migrants:
Evaluating Stockholm County Council's communication
campaign 2015/16**

Slutrapport

2018-02-05

Kathrin Kaufhold
Karolina Wirdenäs

Engelska institutionen och Institution för svenska och flerspråkighet, Stockholms universitet

Sammanfattning

Under hösten 2015 och våren 2016 anlände många människor på flykt till Sverige. Runt omkring i landet uppstod då ett behov av att informera dem som kommit om deras förutsättningar, inte minst när det gällde hälso- och sjukvård. Stockholms läns landstings (SLL) reaktion på denna kommunikationsutmaning var bland annat att producera broschyrer och affischer med information för asylsökande.

I vårt samarbetsprojekt har vi utvärderat informationssatsningen, och vi har sökt materialets informationsvägar, från landstinget till potentiella vårdtagare, via organisationerna och vårdinstitutionerna. Forskningsfrågorna är:

- Hur ges informationen, av vilka, till vilka och var?
- Vilka möjligheter och hinder har siktats?

Vår studie är språkvetenskaplig och fokuserar samspel, samtal och kontexter där aktörer använder och tolkar vårdinformation.

Något som vi ser som ett viktigt resultat från vår studie är att vi kan bidra till att synliggöra ett övergripande dilemma i samhället. Det finns en stor beredskap och en stark vilja att hjälpa och välkomna personer som är nya i Stockholm och Sverige. Det finns också god kunskap om hur man kan göra det. Samtidigt är viljan att upprätthålla och befästa gällande regelverk och system stark. Vi har sett hur dessa riktningar ofta hamnar på kollisionskurs med varandra och hur det verkligen försvårar både för den som vill hjälpa och den som behöver hjälp. SLL, och andra myndigheter och verksamheter, befinner sig tillsammans med den enskilde mitt i detta problem. I utformningen av framtida informationssatsningar kan man ha som mål att minska dilemmats konsekvenser i så stor utsträckning som det är möjligt.

Som en hjälp för SLL:s kommunikationsarbete har vi sammanfattat våra resultat i konkreta tankeverktyg som ska kunna ge stöd för SLL. Verktygen omfattar såväl produktion, distribution som kommunikation av häls- och vårdinformation. Även om vi framför allt har fokuserat mottagare som är asylsökande, nyanlända och personer utan tillstånd så kan tankeverktygen användas mer generellt och förhoppningsvis kan de bidra till utvecklingen av framtida utformning av information.

Våra förslag som är formulerade i tankeverktyg kan sammanfattas i följande punkter:

Produktion

- Rikta informationen till en så specifik målgrupp som möjligt
- Involvera den eller de avsedda målgruppen/målgrupperna i produktionen av texter, involvera hälsokommunikatörer
- Anpassa omfattningen och graden av vårdvokabulär efter målgruppen
- Anpassa design och bild- och formresurser efter målgruppen/målgrupperna

- Tipsa och länka till digitala resurser eller andra sorters resurser (telefonsamtal till 1177, tolk) som kan ge stöd om målgruppen är bred och varierad.
- Anpassa klarspråksråden efter kommunikationssituationen.

Distribution:

- Ha beredskap för att kunna producera och skicka ut information snabbt (informera snabbt).
- Ha många olika sorters samarbetspartners och aktuella nätverk att skicka ut information till och att diskutera utformning med (upprätthåll och utveckla nätverk).

Kommunikation

- Dubbelrikta informationsförmedlingen (informera vårdgivare och potentiella vårdtagare, men utifrån målgruppens specifika villkor).
- Låt olika modaliteter samspela och vara igenkännbara (sociala medier, filmer, bilder, animationer, webb och papper).
- Använd informationsförmedlare och hälsokommunikatörer.
- Följ upp utskick och spridning i närtid.

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	i
1. Bakgrund.....	1
1.1 Samarbete.....	1
1.2 Syfte.....	2
1.3 Rapportens disposition.....	2
2. Metod.....	2
2.1 Material och deltagare.....	2
2.2 Studiens genomförande.....	3
2.3 Analysmetoder.....	4
2.3.1 Metod för textanalys.....	4
2.3.2 Metod för enkät och intervjuanalys: innehållsanalys, tematisering och narrativanalys.....	5
3. Resultat.....	6
3.1 Övergripande perspektiv.....	6
3.2 Produktion: Textgranskning av SLL:s broschyr och affischer – hinder och möjligheter.....	6
3.2.1 Möjligheter.....	6
3.2.2 Hinder.....	7
3.2.3 Tankeverktyg för produktion.....	9
3.3 Distribution: Gruppintervjuer och enkätundersökning.....	9
3.3.1 Möjligheter.....	9
3.3.2 Hinder.....	10
3.3.3 Tankeverktyg för distribution.....	11
3.4 Kommunikation och mediering.....	13
3.4.1 Möjligheter för kommunikation.....	13
3.4.2 Hinder för kommunikation.....	13
3.4.3 Tankeverktyg: kommunikation och mediering.....	17
3.5 Bilder av själv och andra.....	18
4. Utvärderingens utmaningar och hinder - möjligheter och styrkor.....	19
5. Slutsatser och nytta för SLL respektive SU.....	20
6. Referenser.....	21
Bilagor.....	22
Bilaga 1 SLL:s broschyr, svenska.....	22
Bilaga 2 SLL:s affisch, barnhälsovård.....	23

Bilaga 3 Respons till enkät	23
Bilaga 4 Intervjuinspelningstid.....	24
Bilaga 5 Intervjufrågor	24

1. Bakgrund

Under hösten 2015 och våren 2016 anlände många människor på flykt till Sverige. Runt omkring i landet uppstod då ett behov av att informera dem som kommit om deras förutsättningar, inte minst när det gällde hälso- och sjukvård för nyligen anlända. Stockholms läns landstings (SLL) reaktion på denna kommunikationsutmaning var bland annat att producera broschyrer och affischer med information för asylsökande. SLL distribuerade detta informationsmaterial till kommuner, stadsdelar, frivilligorganisationer och vårdgivare i Stockholms län. Broschyerna innehåller information om rättigheter, skyldigheter och tillgång till vård för asylsökande på tre olika språk (svenska, engelska och arabiska). Senare tillkom ytterligare språk (dari och tigrinja). SLL:s bifogade ett brev till utskicket som förtydligade att informationen var avsett för att spridas till människor som var nya i Sverige. Affischerna var riktade till ”till personal och volontärarbetare för att de ska kunna vägleda personer rätt i vården”.

Inom projektet ”Mediating access to healthcare for newly arrived migrants: Evaluating Stockholm County Council’s communication campaign 2015/16” har informationssatsningen utvärderats. Den föreliggande rapporten redovisar och diskuterar resultatet av utvärderingen.

1.1 Samarbete

Det projekt som denna rapport avser ingick i samarbetsavtalet mellan Stockholms läns landsting (SLL) och Stockholms universitet (SU) som rör forskning, utveckling, innovation och utbildning (<http://www.su.se/samverkan/samarbeten-partnerskap/samarbete-mellan-stockholms-universitet-och-stockholms-l%C3%A4ns-landsting-1.234501>). Inom detta avtal fick projektet ”Mediating access to healthcare for newly arrived migrants: Evaluating Stockholm County Council’s communication campaign 2015/16” finansiering för samarbete under 2017. Forskningsuppgiften var alltså att utvärdera SLL:s kommunikation i en informationssatsning. Samarbetspartnerna är Anette Karlsson (chef för verksamhetskommunikation, SLL), Kathrin Kaufhold (Engelska institutionen, SU) och Karolina Wirdenäs (Institutionen för svenska och flerspråkighet, SU). Vårt samarbete innebär att vi har sammanfört SLL:s och SU:s kunskap för att tillsammans utforska frågor som är relevanta både för SLL och för forskarna på SU, dvs. insikter som är relevanta såväl för landstingets kommunikationsutveckling som teoretisk språkvetenskaplig forskning.

Projektet har berört en av SLL:s kärnverksamheter: hälso- och sjukvård. Enligt landstinget är ett centralt mål för detta område att förbättra tillgång till sjukvård och kommunikation till alla (se SLL:s plan ”Framtidens hälso- och sjukvård”). Tillräcklig och adekvat information anses vara en förutsättning för att inkludera människor som är nya i svenska samhället (Wångdahl & Al-Adhami 2016). Situationen under hösten 2015 och våren 2016 innebär en speciell utmaning för SLL och en utvärdering av landstingets kommunikation under denna period kan ge lärdomar för vidareutveckling av kommunikationsinsatser i framtiden.

1.2 Syfte

I vårt samarbetsprojekt har vi sökt informationsmaterialets vägar, från landstinget till potentiella vårdtagare, via organisationerna och vårdinstitutionerna. Forskningsfrågorna är:

- Hur ges informationen, av vilka, till vilka och var?
- Vilka möjligheter och hinder har siktats?

Vår studie är språkvetenskaplig och fokuserar samspel, samtal och kontexter där aktörer använder och tolkar vårdinformation.

1.3 Rapportens disposition

I kapitel 2 beskriver vi de personer som deltog i studien, materialet som vi samlade in och hur vi analyserade materialet. I kapitel 3 behandlar vi våra resultat, svar på forskningsfrågorna och våra rekommendationer (tankeverktyg). Kapitlet är uppbyggt kronologiskt och följer SLL:s informationsmaterial i tre steg: produktion, distribution och kommunikation. Tredje steget, kommunikation, är det viktigaste för forskningsfrågorna och behandlas mest detaljerat. För att ge läsaren en tydlig bild av studiens begränsning och möjligheter kommenterar vi i kapitel 4 studiens svagheter och styrkor. I kapitel 5 presenterar vi studiens slutsatser. I det kapitlet beskrivs också projektets specifika nytta för både SLL och forskare vid SU.

Rapporten förutsätter inte en läsare som läser från början till slut, utan den går bra att läsa enskilda kapitel eller delar av texten utifrån intresse. Den är också skriven så att personer utan språkvetenskaplig eller vårdvetenskaplig ska kunna läsa. Vetenskapliga arbeten kommer att publiceras i andra sammanhang.

2. Metod

2.1 Material och deltagare

För att komma igång med arbetet med att spåra informationen, undersökte vi SLL:s textmaterial (broschyr och affischer, se bilagor 1 och 2) och samlade in olika perspektiv från olika inblandade grupper genom gruppintervjuer (Kell 2015). Vi identifierade potentiella deltagare i studien tillsammans med SLL. De personer som kunde identifieras var inblandade i produktion, distribution eller mottagande av information (se bild 1).

Vi inbjöd dessa personer till en forskningsintervju via e-post. I e-postmeddelandet informerade vi om forskningsprojektet och vi förklarade, enligt forskningsetiska riktlinjer, vad deltagande innebär. Tillsammans med inbjudan till intervjun skickade vi med ett kort enkät. I enkäten frågade vi om SLL:s broschyr var bekant och hur den har använts. Trots att vi skickade påminnelser när svaret uteblev, var svarsfrekvensen låg (se bilaga 3).



Bild 1 Deltagare i relation till informationsspridning

Trots den blygsamma responsen fick vi några utvecklade svar på enkäten och dessutom möjlighet att genomföra fem gruppintervjuer. Vi kunde på detta sätt fånga in perspektiv från alla avsedda grupper: producenter vid SLL, frivilligorganisationer, kommuner/stadsdelar och vårdgivare. Dessutom kontaktade vi en grupp asylsökande och genomförde en intervju. Vi spelade in intervjuerna med audio och totala inspelningstiden är 236 minuter (se bilaga 4).

Enkäten innehåller frågor om hur informationsmaterialet upplevdes och användes. Den avslutas med en öppen fråga som uppmuntrar till att återge konkreta exempel på hur informationsmaterialet använts. Svaren på denna fråga gav oss möjligheter att införa teman i intervjuerna som verkade ha varit viktiga för informationsmottagare.

Intervjuerna var semi-strukturerade, dvs. vi förberedde övergripande diskussionsfrågor som baserades på våra forskningsfrågor och de teman vi fått genom enkäten. Vi lämnade dock öppet deltagarna att relevanta göra egna aspekter. På det sättet fick vi en mer nyanserad bild och synpunkter som vi inte hade förväntat oss. De olika intervjuschemana är bifogade i bilaga 5.

2.2 Studiens genomförande

Studien består av tre sammankopplade faser (se bild 2).

I fas 1 ägnade vi oss att analysera textmaterial dvs. broschyren, affischerna och foljebreven som SLL tillhandahöll.

Fas 2 omfattade enkätutskick och gruppintervjuer med textproducenterna vid SLL, de avsedda förmedlarorganisationerna (frivilligorganisationer och myndigheter verksamma inom Stockholms län) och asylsökande.

I fas 3 fokuserade vi på vårdgivare, vilka utgjorde den största gruppen av kontakter från SLL. Tyvärr var responsen på enkäten synnerligen låg i denna grupp. Gruppintervjun omfattade dock sju personer.

Resultat från varje fas bidrog till utvecklingen av den efterföljande fasen, till exempel ingick frågor som uppstått under textanalysen och i enkätsvaren i våra frågeställningar i intervjuerna. Vår sammantagna analys av alla tre delarna ger oss ett övergripande och holistiskt perspektiv.

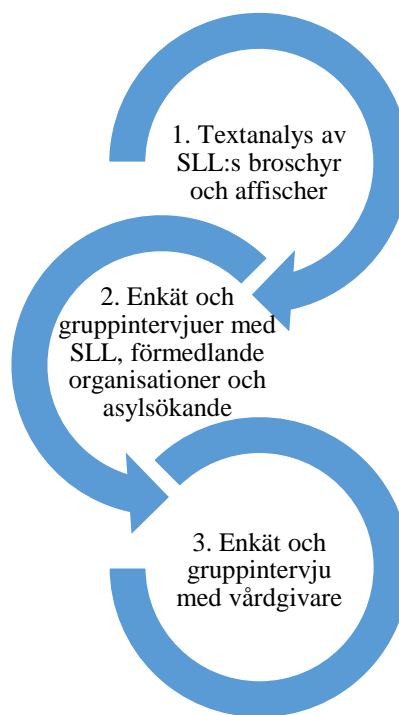


Bild 2 Studiefasor

2.3 Analyismetoder

2.3.1 Metod för textanalys

Inledningsvis analyserade vi det textmaterial som SLLs avdelning för verksamhetskommunikation producerade och distribuerade under hösten 2015 och våren 2016. Det rör sig dels om en broschyr med generell information om vård för asylsökande i Stockholm (se bild 3 och bilaga 1), dels är det affischer och information som är riktade för vårdgivare i mödra- och barnhälsovård (bilaga 2).

För vår analys av texterna har vi använt oss av språkvetenskaplig textanalys, och det innebär i detta fall att vi huvudsakligen har genomfört kvalitativa analyser. Det har dock inte legat inom projektets ramar att jämföra eller analysera informationen på olika språk utan det är den svenska versionen som vi har utgått ifrån. De språkliga aspekter vi har fokuserat på är:



Bild 3 SLL:s broschyr

- 1) texternas teman och informationsstruktur,
- 2) texternas deltagare (vem tilltalas och omtalas och hur),
- 3) texternas modalitet (vad skrivs fram som faktiskt, nödvändigt eller möjligt),
- 4) textens utformning och design.

En analys av dessa aspekter pekar på vilka kompetenser en person behöver ha för att vara en lämplig läsare av texten och den framskrivna läsaren kan jämföras med en reell eller avsedd läsare. I framgångsrik kommunikation ligger dessa båda sorters läsare nära varandra, eller med andra ord: den avsedda målgruppen är också den som texten språkligt lyckas fånga.

2.3.2 Metod för enkät och intervjuanalys: innehållsanalys, tematisering och narrativanalys

Vi analyserade enkätsvaren och intervjuerna i tre steg. Vi började med en **innehållsanalys** för att identifiera deltagarens syn på SLL:s textmaterial, gruppernas informationsbehov och de andra temana som deltagarna relevantergjorde under intervjuerna. Innehållsanalys som metod är väletablerad i samhällsvetenskaplig forskning (Hsieh & Shannon 2005). Vi använde oss av en blandning av den direkta och konventionella innehållsanalysen, dvs. vi identifierade citat där deltagare berättade om hur SLL:s informationsmaterial användes och informationsbehov i direkt innehållsanalys; vi använde konventionell innehållsanalys för att identifiera andra teman som kom fram i deltagarnas bidrag.

I steg tre spårade vi teman, sk. **tematisering**, dels inom varje grupps bidrag, dels mellan grupperna. Tematiseringen gjorde det möjligt för oss att tydliggöra olika perspektiv och värderingar som fanns inom en intervju och sådana teman som återkom eller som var specifika för de olika grupperna.

För att förstå informationsspridning på ett djupare sätt och för att kunna evaluera SLL:s kommunikation genomgående behövde vi, utöver innehållsanalysen (*vad* deltagarna sade), en analys av *hur* deltagare uttryckte sig. Deltagarna svarade ofta på den öppna enkätfrågan samt på våra intervjufrågor genom att återge berättelser (Ochs & Capps 2002). Vi använde oss därför av **narrativanalys** (narrativ = berättelse) som används i kommunikationsvetenskap för att förstå hur deltagare uppfattar sin egen position och sina uppdrag i förmedling av information i relation till andras positioner (t.ex. Baynham 2011, De Fina 2015).

Narrativanalysen är essentiell för att besvara forskningsfråga två (vilka möjligheter och hinder som har siktats), eftersom den sortens analys ger insyn i hur problem från skilda perspektiv uppfattas och framställs i olika situationer. Liknande berättelser och beskrivningar som återkommer i flera olika grupper kan dessutom ge en indikation på hur stereotypa kategoriseringar i samhället reproduceras.

3. Resultat

3.1 Övergripande perspektiv

Med utgångspunkt i vår övergripande (holistiska) studie börjar vi resultatkapitlet med att redovisa ett återkommande perspektiv materialet. Ett av samtidens svåra dilemma kommer till konkret uttryck, nämligen att individers och verksamheters vilja att hjälpa å ena sidan på många håll är stark och tydlig. Kompetens och kunskap som ger hjälp finns. Å andra sidan är viljan att upprätthålla regelverk och system också är stark. Dessa två motstridiga riktningar finns hos vårdgivare såväl som frivilligorganisationer. Även asylsökandens berättelse tyder på samma motstridighet.

I kapitlet kartlägger vi möjligheter och hinder som fanns för informationsspridning i informationsvägens tre steg: produktion, distribution och kommunikation. Vi föreslår tankeverktyg i varje steg för att hänvisa till möjligheter att hantera hindren.

Vid resultatredovisningen av enkäten och gruppintervjuerna ger vi boxar med citat från deltagarna, för att visa på olika röster och perspektiv i materialet. Vid varje citat hänvisar vi till anonymiserade källor genom att ange deltagarens kategori och nummer för individuella deltagare. Citaten här helt anonymiserade och namn och företeelser som skulle kunna röja identiteter har ändrats.

3.2 Produktion: Textgranskning av SLL:s broschyr och affischer – hinder och möjligheter

3.2.1 Möjligheter

En klar möjlighet när det gäller broschyren är att den var tillgänglig både som pdf och i pappersform. Att kunna dela med sig och att kunna få något konkret, i handen eller som bilaga, verkar ha ett värde i sig som är värt att ta fasta på. Innehållsmässigt täcker broschyren täcker ett stort område. Många har kunnat använda informationen och har välkomnat den som hjälp.

De affischer som SLL har utformat med information som passar att sätta upp i receptionerna på mödravårds- eller barnavårdscentralerna (bilaga 2). De är utformade på ett sätt som skiljer sig från broschyren (se nedan). Den explicita målgrupp som nämns i SLL:s följebrev är avgränsad och det är en tydlig matchning mellan den läsare som texten utformar och den reella avsedda läsaren.

I affischerna förekommer inga direkta tilltal utan patientkategorier benämns (föräldrar, barn) och den som ger vård finns i texten genom pronomenet man ("man vänder sig till...", genom passiva konstruktioner ("vaccinationer erbjuds") eller i uppmaningar ("informera föräldrar"). Även om man i riktlinjer för myndighetskommunikation brukar avråda från just passivkonstruktioner eller direkta uppmaningar så är det ibland befogat och praktiskt att använda dem. Textens disposition

sorterar informationen med hälsoinformation i ena spalten och sjukvårdsinformation i den andra. Det verkar underlätta tillgängligheten.

3.2.2 Hinder

Det är en mycket svår uppgift att informera en bred målgrupp som kan bestå av allt ifrån asylsökande från olika länder, situationer och miljöer till mer eller mindre insatta stockholmare som hjälper till att förmedla informationen. Man kan summera analysen av broschyrens (bilaga 1) språkliga utformning med att den lägger hinder i vägen för en hel del läsare, men att texten passar utmärkt för en person som är väl insatt i vård och asylsituationen.

Textanalysen av broschyrerna visar att de övergripande temana i texten är 1) förutsättningar för vård i Stockholm (t.ex. sekretess, gratis vård för barn och unga), 2) vad om är möjligt (t.ex. hälsoundersökning, vård som inte kan anstå) och 3) vad som är nödvändigt (t.ex. MLA-kort, betalning). Textens disposition är, efter en sammanfattande ingress: Sekretess, Tolkning, LMA-kort (lagen om mottagande av asylsökande), Vård för barn och unga, Vaccinationer, Vård för vuxna, Kostnader och betalning, Att söka vård och tandvård, Hälsoundersökning och slutligen Kontaktuppgifter. Den huvudsakligen dispositionen är tematisk (en sak i taget), men det finns också drag av emfatisk disposition (det viktigaste först).

Broschyren är enligt SLL avsedd för asylsökande och alla som kommer i kontakt med asylsökande som behöver vård. Innehållet griper över ett stort område med viktiga förutsättningar för den som är i behov av sjukvård. Flera av orden och begreppen kräver dock att läsaren är ganska väl insatt i sjukvårdssystemet i Stockholm (närakuter är t.ex. typiskt för Stockholm). En läsare som själv inte är asylsökande och som förmedlar innehållet behöver ha god kunskap om regelverk för asylsökande och hälso- och sjukvård i Stockholm. Om en asylsökande själv läser texten så ställs samma krav, och det är troligtvis inte så många nya personer i Sverige som har förkunskap om vad t.ex. en vårdcentral är. När det gäller innehåll, teman och begrepp så pekar detta mot en läsare med hög kompetens eller som vet vem som man kan fråga för att få tillräcklig eller ytterligare information. Ett exempel i texten är att asylsökande barn har "samma rättigheter till vård som barn som är svenska medborgare". Om en läsare inte känner till vilka vårdmöjligheter barn i Stockholm har, så kan läsaren helt enkelt inte packa upp informationen eller förmedla vad det innebär.

När det gäller de asylsökande så tilltalas de med pronomenet "du" i texten. Tilltalet är så vanligt att det faktiskt är det mest frekventa ordet i broschyren. I de stycken där "du" inte används så omtalas en grupp av potentiella vårdtagare, som "barn" eller "kvinnor" och det samma gäller de flesta stycken som handlar om vem som ska stå för vårdkostnader. Detta är ett sätt att skriva som liknar annan myndighetskommunikation och som personer som är vana att kommunicera med myndigheter i Sverige troligtvis är vana vid. I det specifika fallet handlar det dock om vård för personer som inte kommer från en svensk kontext, vilket kan göra att det som i vanliga fall underlättar i stället blir ett hinder för läsningen. Man kan också betrakta broschyren som ett steg mot att bli bekant med hur information i Sverige uttrycks, men eftersom det i detta fall handlar om något så viktigt som vård så kan lärtillfället snarare innebära ett problem för patientsäkerheten.

När det gäller textens förhållande till vad som är *möjligt*, vilket är en stor del av texten, så formuleras sådana förutsättningar genom uppställda villkor. De flesta styckena inleds av en villkorskonstruktion ("om du har ...", "när du har ...") och sedan utreds vilka villkor som gäller. **Om du** blir sjuk eller skadad på kvällar och helger **kan** du **kontakta** en närakut. Det som är möjligt uttrycks i språkliga konstruktioner med *kan* eller *få*, vilket kan tolkas som ett erbjudande eller möjlighet snarare än ett krav, se följande citat:

Om du behöver vård ska du boka ett besök på en vårdcentral. På vårdcentralen **får** du **träffa** en läkare eller sjuksköterska. Du **kan** också få en remiss till en specialistläkare och recept på läkemedel. **Om du** blir sjuk eller skadad på kvällar och helger **kan** du **kontakta** en närakut.

I svensk myndighetskommunikation är också detta vanliga textpraktiker. När man kommunicerar med personer som inte är vana vid detta sätt att uttrycka vad som är möjligt eller nödvändigt, så är det extra viktigt att det finns en matchning i val av språklig konstruktion av vad som är ett måste – om det är viktigt. I stycket ovan är det möjligt för någon som inte är insatt i det sjukvårdssystemet i Stockholm att tolka det som att det på kvällar och helger går att söka vård på en närakut om man vill (man *kan*): "Om du blir sjuk eller skadad på kvällar och helger **kan** du kontakta en närakut". Att det inte finns så många andra möjligheter blir inte riktigt tydligt, liksom att det inte går att kontakta vårdcentraler då. Ett alternativ som tydligare framhäver detta skulle kunna vara: "Det går bara att söka sjukvård på närakut eller akutmottagningar på helger och kvällar."

När texten handlar om vad som kostar och när en asylsökande ska betala uttrycks detta ofta mer faktiskt och olika patientgrupper omtalas (inget du-tilltal alltså). Den typen av språkliga konstruktioner blir tydligare i detta sammanhang.

Barn **har** samma rätt till hälso- och sjukvård och tandvård som barn som är folkbokförda i Sverige. Sjukvård för barn under 18 år **är** gratis, till exempel gäller det besök på barnvårdcentral, vårdcentral, ungdomsmottagningar, barnmedicinska avdelningar samt barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar. Barn och ungdomar **betalar** heller inget för tandläkarvård. Undantag **är** besök på sjukhusens akutmottagningar som **kostar** 120 kronor.

I citatet finns det dock exempel på fler hinder för en läsare. Ett exempel är de många benämningarna på olika sorters mottagningar, vilka inte är helt lätta att genomskåda. Det är inte så enkelt att utifrån benämningen på mottagningen förstå när man ska vända sig i olika ärenden. Sjuka barn är t.ex. inte välkomna till barnvårdscentraler, och man vänder sig inte till barnmedicinska avdelningar för att få ett friskt barn vägt eller mätt.

Texten kommer vidare från en myndighetskultur som i allra högsta grad är skriftburen. Broschyren domineras av text. De bilder som finns är snarare utsmyckning än betydelsebärande och de hjälper därmed inte läsaren att tolka texten. Valet av röd färg och telefonnumret 1177 sticker dock ut och att ringa 1177 för att be om hjälp är ju alltid en bra lösning för den som är osäker.

3.2.3 Tankeverktyg för produktion

De hinder som beskrivs ovan i 3.2.2 kan med ett omvänt perspektiv vändas till att bli konstruktiva tankeverktyg för det som ska producera material. Som vid alla tillfällen då information (eller andra texter) utformas gäller det att skriva med läsaren i åtanke.

- 1) En välavgränsad målgrupp underlättar alltid för den som ska skriva. Om det inte går att begränsa målgruppen så kan tips om andra resurser hjälpa olika kategorier (webb, telefon, filmer, hälsokommunikatörer osv.). Om det går att avgränsa målgruppen så kan man med fördel ta hjälp av personer som informationen är avsedd för, för att stämma av och prova ut (även hälsokommunikatörer kan bidra på detta sätt).
- 2) Svenska regelverk och den svenska vården använder sig delvis av en specifik vokabulär. Tänk på att förklara ord som inte är generella (jämför sjukhus – barnavårdscentral, där sjukhus är en global företeelse, medan barnavårdscentral inte är det).
- 3) Tänk på att design, bilder och disposition kan bidra till att underlätta och styra läsningen av en text, i synnerhet för personer som inte är vana vid så skriftburen information.
- 4) Generella skrivråd för myndighetskommunikation (klarspråksråd) kan behöva kompletteras och revideras för att vara användbara i den aktuella situationen.

3.3 Distribution: Gruppintervjuer och enkätundersökning

3.3.1 Möjligheter

SLL har stort nätverk och kontaktnät, många samarbeten

Det framgick tydligt i materialet att SLL utnyttjade sitt stora kontaktnät för att ordna utskick till relevanta grupper. Producenterna vid SLL underströk också att materialet hänvisade till online-källor som 1177.se och att online-materialet uppdaterades regelbundet under perioden (se box 1).

Box 1 SLL:s nätverk

P1: att jag distribuerade och levererade direkt till [organisation] och dom kontaktpersoner som jag hade där då för att dom kunde slussa vidare så att det inte behövde [...] och sen var det ju en del som faktiskt inte ville ha den här tryckta broschyren eller foldern utan då mejlade vi ut PDF:er också
P2: det fanns väl hela tiden på 1177 också
P1: absolut ja alltså där kunde man ju gå och det ligger ju väl fortfarande kvar
(producenter 1 och 2)

Broschyren distribuerades snabbt och kom rätt i tiden

Många deltagare ansåg att informationen kom snabbt (cit 2.1). Personer som var verksamma vid olika boende uppskattade särskilt broschyrerna på olika språk (cit 2.2).

Box 2 Snabbt utskick

När något händer så snabbt och oförväntat eller svårt liksom att eh få allt på plats, både för frivilliga organisationerna och landstingen förstås, så det- [...] för vår del **så kom det ju ändå i rätt tid** för att när vi drogs ur, när kliniken lades ned på det här boendet så fortsatte ju boendet

(cit 2.1, organisation 8)

Vi fick broschyrer från er på olika språk som fanns tillgängliga på boendet.

(cit 2.2, organisation 2)

Engagerade personer och aktivt informationsökande

Engagerade personer medierade broschyrerna och skickade broschyrer vidare (cit 3.1). Den asylsökande berättade att hen fick broschyren i samband med ett informationsmöte om det svenska samhället (cit 3.2). Deltagare i alla intervjugrupper berättade att de sökte informationen aktivt och använde 1177.se. Några vårdgivare angav att de använde vårdgivarguiden för att hitta mer detaljerad information, speciellt om betalning för vård (cit 3.3, 3.4).

Box 3 Engagerade personer

Vi har också spridit det vidare till andra aktörer som organisationer och bibliotek med flera. Mycket bra att det är på olika språk och lättillgängligt!

(cit 3.1, organisation 4)

Jag fick det från [organisation] tror jag [...] det var ett informationsmöte i jag tror i januari 2016. Jag tror jag fick många papperna och jag tror jag även jag har det hemma tror jag.

(cit 3.2, asylsökande 1)

Uppdaterad information på Vårdgivarguiden angående asylsökande kontrollerade jag nästan veckovis

(cit 3.3, vårdgivare 4)

Vi har få asylsökande som har sökt oss och jag har då utnyttjat vårdgivarguiden. Vårdgivarguiden har blivit väldigt bra med tanke på den enorma informationsmängd som den ska rymma.

(cit 3.4, vårdgivare 6)

3.3.2 Hinder

Broschyrerna nåde inte avsedda förmedlare eller försvann

Broschyren skickades till verksamhetschefer i vården, myndigheter och frivilliga organisationer vilket innebar att informationsmaterialet ibland fastnade på vägen och inte nådde fram till personal eller volontärer som det var avsett för (cit 4.1). Även om enkäten svarsfrekvens var låg så visade svaren att några kommuner och vårdgivare inte kände till eller inte kom ihåg broschyrerna (3 av 12 kommuner/stadsdelar och 2 av 11 vårdgivare). Några av våra intervjudeltagare svarade att de inte kände till broschyrerna eller affischerna.

De flesta som använde broschyrerna berättade att de gjorde broschyrerna tillgängliga på ett ställe eller hänvisade till dem, men det var oklart vad som hände med dem sedan. Några deltagare menade att broschyrerna kom bort (cit 4.2, 4.3).

Box 4 Broschyerna försvann

Fastnade högt upp i organisationerna

Jag vet inte hur det där har distribuerats och vem som har fått information för man hinner ju inte gå in på 1177 och tänka att nu ska jag se vad har det kommit för nytt för flyktingströmmen utan man har ju tajp-dag alltså att på nåt sätt så [...] och jag vet inte kanske nån på [vården] har fått det men **det har ju inte nått oss som är på golvet**

(cit 4.1, vårdgivare 13)

Broschyerna försvann

[...] så att de kunde låta den ligga framme, det försvann nog en del [broschyerna] i hanteringen med att flytta runt en massa

(cit 4.2, organisation 1)

Vi skrev ut broschyrerna och lät dem ligga framme. Tyvärr kan jag nog inte svara på om åtgången berodde på att man tog en broschyr för att läsa in sig på det eller om de försvann av andra anledningar

(cit 4.3, kommun/stadsdel 1)

Stor rörlighet i organisationer och verksamheter

När vi rekryterade deltagare visade sig det att många personer som SLL identifierade som deras kontakter hade bytt arbetsplats. Det betydde att adressen inte längre fungerade och att de personer som nu har motsvarande funktion inte varit verksam under hösten 2015 eller våren 2016, och därför kunde inte svara. Det understryker att det är svart att hålla en kontaktlista uppdaterad och att mobiliteten bland verksamhetscheferna är stor.

Hela situationen upplevdes som kaosartad

Deltagare som var direkt inblandade i mottagning beskrev situationen under perioden som kaosartad (cit 5.1) generellt. Många berättelser handlar om att lösa praktiska problem (cit 5.2).

Box 5 Situationen

Det var en allmänt rörig period med många oklarheter

(cit 5.1, vårdgivare 7)

Den första tiden var minst sagt kaotisk [...]. Vi hade också en familj med ett funktionsnedsatt barn där vi, tack vare att en del av kommunens chefer inom vård och omsorg bemannade enheten, kunde få till kontakt med rehab och fixa en lämplig rullstol och även läkartid [...] Sonen kom i en rullstols för vuxna.

(cit 5.2, kommun/stadsdel 1)

3.3.3 Tankeverktyg för distribution

Alternativa distributionsvägar

I intervjudiskussionerna och i enkäten pekade deltagare ut några alternativa distributionsvägar. Dessa alternativ kan ge några utgångspunkter för att tänka på distribution utifrån fler perspektiv. I exempel 6.1 fokuserar deltagaren på sociala medier och vanan att hantera sådana. Vårdgivarna som är citerade i box 6 tänker på sina behov utifrån samtal med patienter (cit 6.2) eller utifrån förvaltningsuppdraget (cit 6.3). Citat 6.4 hänvisar till kommunens/stadsdelens behov och verksamhet, och deras sätt att komma i kontakt med asylsökande eller nyanlända.

Box 6 Förslag om alternativa distributionsvägar

Informationsbärare:

De är inte vana med att använda nätet [...] människor från mitt land **använder mycket Facebook** [...] kanske de gillar mycket bilder och mycket filmer [...] vi har tidningen men människor är inte vanan att läsa tidningen

(cit 6.1, asylsökande 1)

VG12: jag tycker bara att det är **den bästa av alla världar att man har en app som jag kan prata med på svenska som översätter det** till det språk som personen xx vi pratade om det här med appar att det är alla har ju en telefon så att det är jättefint att det fanns lappar och informationsblad och så men jag tror att man behöver kanske xx

VG13: det är väl framtiden

(cit 6.2, vårdgivare 12 och 13)

Information borde utformas **som en checklista** då det är många begrepp kring olika typer av asylsökanden och det är lätt att gå vilse i alla begrepp och vem som ska ha vad.

(cit 6.3, vårdgivare 5)

Tid och plats:

”Jag tänker **förskolan** som träffar föräldrarna tidigt, det är ju också viktigt att de får information”

(cit 6.4, kommun/stadsdel 13)

Nyckelpersoner

Speciellt i gruppintervjun med vårdgivare delades tankar på hur man skulle kunna använda etablerade distributionsvägar i länet (cit 7.1). Dessutom finns berättelser om lyckad informationsdistribution för enskilda grupper, som t.ex. barnmorskor med speciella uppdrag som (cit 7.2 om vaccinering). Andra personer i samma intervju berättade om engagerade förmedlare som var aktiva i informationshämtning och -spridning. Dessa berättelser indikerar behov och möjligheter för direkt informationsdistribution och uppföljning till speciella grupper, t.ex. enskilda vårdgivare eller personer i receptioner.

Box 7 Förslag om bestående distributionsnätverk

VG13: där har vi ju ändå i Stockholm en mödranhälsovårds-organisation och barnhälsovård

VG18: det är ju **de som sprider** ut information just ut till alla mottagningar

VG13: ja och många har liksom varje barnmorska på sin mejllista

(cit 7.1, vårdgivare 13 och 18)

VG17: då ville man ju bara **vaccinera** alla så fort som möjligt så att där **gick det ju ut till alla BVC:er** [...] där kom det ganska mycket information och vi hade ju sån där områdes eller vad heter det sån här **studieeftermiddag där de gick igenom hela** så här hur det funkar **med betalningar** och

VG13: det hade **inte vi i mödravård** [...]

VG18: **däremot** har man ju läst lite i mö- i jordemodern att det var ju många som tog initiativet men det verkar ju **vara helt liksom privatinitiativ**

(cit 7.2, vårdgivare 12, 17 och 18)

3.4 Kommunikation och mediering

I vår undersökning hamnade berättelser om kommunikation i centrum. Under intervjuerna blev det snarare kommunikationssituationerna än broschyren som stod i fokus. Broschyerna var avsedda för mediering och affischerna skulle ge information till mottagare. Ur det perspektivet kan man se informationsmaterialet som förmedlings- och kommunikationskrävande. I detta kapitel belyser vi särskilda informationsbehov samt möjligheter och hinder för kommunikation.

3.4.1 Möjligheter för kommunikation

Broschyren och affischer gjordes för att förmedlas, vilket framgår av citatet från producenten i Box 8.

Box 8 Informationen är avsedd för att medieras

för att dom skulle kunna dela ut dom och även information för andra som jobbade på dom här flyktingföreläsningarna att själva kunna läsa på svenska då och sen förklara eller lämna vidare (citat 8.1, producent 2)

Med produktion och spridning av broschyerna reagerade SLL på det stora informationsbehovet som tydligt fanns och som kom fram i forskning (t.ex. citat 9.1).

Box 9 Uppskattad informationsdistribution

Bra med samlad information. (citat 9.1, organisation 4)

Medan man använde sig av olika informationskällor offline och online, så upplevdes pappersformat som fördelaktigt eftersom pappersbroschyren kan delas ut och tas emot (citat 10.1) och affischer kan sättas upp på väggar och blir på så sätt lättillgängliga.

Box 10 Broschyrens materialitet

Vi har delat ut det vid behov till nyanlända som kommer till våra verksamheter (citat 10.1, organisation 4)

Dessutom hänvisade olika mottagande organisationer till sitt samarbete med andra grupper och organisationer som förfogade över medicinsk eller juridisk information som behövdes vid tillfällen (citat 11.1).

Box 11 Broschyrens materialitet

Vid konkreta behov som uppstod ordnade vi det med den ambulerande gruppen frivilliga läkare/sjukvårdspersonal som fanns tillgänglig genom [organisation] (citat 11.1, organisation 7)

3.4.2 Hinder för kommunikation

Analysen av enkäten och intervjuerna visade att förmedlingen (medieringen) av informationen var komplex eftersom 1) medieringen informationen i broschyren kräver kunskap om det svenska

vårdssystemet och svenska regelverk; 2) förståelse av systemet kräver olika slags kunskaper som juridiska, medicinska, och logistiska, och olika grupper har olika kunskaper och informationsbehov; 3) systemskillnader leder till olika förväntningar och påverkar förståelse.

Informationsbehov

Inledningsvis vill vi understryka att den kunskap som finns inom en grupp skiljer sig åt, t.ex. kan en organisation ha specialkunskap i några specifika asylrelaterade frågor. Organisation 8 visade t.ex. stor kunskap om regelverk (citrat 13.4). Dessutom kan asylsökande ibland ha mer information eller använda andra informationsvägar (citrat 12.3).

Deltagare från olika grupper pekade ut sina egna informationsbehov och informationsbehovet som de ansåg råda i andra grupper. Box 12 sammanställer citat med uppfattningar om vilket informationsbehov som finns för asylsökande och personer utan tillstånd medan Box 13 innehåller informationsbehov för vårdgivarna. Med citaten vill vi visa att perspektiven och förståelsen av situationen tydligt utgår från den egna positionen. Vi menar att detta tydliggör behovet av att dubbelrikta informationsförmedlingen. Mer kunskap om andras perspektiv verkar potentiellt kunna underlätta för alla aktörer.

Organisation 8 och vårdgivare 17 menar att det finns en brist i förståelsen av hur det svenska sjukvårdssystemet fungerar och att det systemet kräver god förtrogenhet med egenvård som anpassad till det svenska systemet (citrat 12.1, 12.2).

Box 12 Informationsbehov för asylsökande och personer utan tillstånd

Om det svenska systemet och egenvård

”Vi startade med några frivilliga sjuksköterskor ett litet projekt. De gjorde grupper på det här boendet i [Plats] där man liksom pratade om **hälsa** och **hur det svenska sjukvårdssystemet fungerar** och även en del **egenvårdsråd**. För vad man märkte var ju att den här gruppen som kom hade väldigt dålig kunskap om egen vård, det vill säga man hade liksom inte koll på att om barn har hög feber, ja men klä dem inte i ytterkläder inomhus och du måste se till att de dricker mycket vatten- alltså det var inte såhär självklara saker och man hade liksom inte det här tanken att ok svalka av dem och ge dem ett par alvedon [...] Och det tror jag är liksom en **framgångsfaktor** och det är väl lite så liksom man har jobbat här inom Stockholms läns landsting också via de här **hälsokommunikatörerna** som transkulturellt centrum har.”

(citrat 12.1, organisation 8)

VG17: vi gör hembesök för nyfödda så då går vi hem till familjerna och då **berättar vi ju hur BVC fungerar** [...] men hur många gånger man än säger det

VG??: [...] igår stod det ju ett barn här med vattkoppor ja

Forskare: och vad gör ni då

VG??: ja vi skickar iväg dom och jättefort

(citrat 12.2, vårdgivare 17 och oidentifierad)

Vad som gäller för olika grupper

En av mina vänner, ja det var **en kvinna som var papperslös** och frågade mig, kan hon ha tillgång till- och hon är sjuk och har mycket problem med **psykiska problem**. Eftersom **jag var läkare** kanske hon frågade mig [...]

Det står inte på det här pappret [broschyr]. Det var bara till de som har registrerat eh asylsökande [...]

Sen gick jag **till informationen [på sjukhus] och frågade** dem och de sa att ja hon kan ha- komma till akuten hon kan använda akuten även utan papper.

(cit 12.3, asylsökande 1)

I vissa situationer behöver både personer som är nya i Sverige och personer verksamma i det svenska vårdssystemet specifik information om riktlinjer för tillgång till sjukvård. Även om socialstyrelsens riktlinjer finns tillgängliga på vårdgivarguiden (cit 13.1), upplevde några vårdgivare en stor osäkerhet kring rättsläge, särskilt med tanke på vem som ska betala en behandling, och hur man avgör vad som är vård som inte kan vänta (cit 13.2, 13.3). Organisation 8 kopplade dessa osäkerheter till arbetsrutiner i vården (cit 13.4).

Box 13 Informationsbehov för vårdgivare

Informationsbehov om olika grupper

P2: det var ju mycket diskussioner om det också därför att många som kom dom sökte ju inte asyl när det var som **flest här var det ju många människor som liksom bara passerade genom** det var ju många som skulle till Finland några tog sig väl till Norge så det var väl kanske mer nere i södra Sverige att man passerade men folk kom ju ändå hit och åkte sen vidare till Finland och Norge härifrån och dom sökte ju aldrig asyl men vi sa ju till vården att dom måste ju få hjälp om dom behöver hjälp en del av dom var ju som man säger självbetalande men det gick ju inte att utreda i de situationerna som var och sen var det ju många så här frivilliga också som stod på centralen det var ju den här organisationen och där var ju liksom sjukvårdspersonal var ju där och hjälpte till och gjorde bedömningar så det visste vi ju och det var väl en fråga som man diskuterade i andra grupper inte i den här gruppen va

P1: näj nej

P2: utan det pratade vi om i andra grupper liksom hur ska man förhålla sig till det och landstinget eller förvaltningen gick väl ut liksom men den här policyn gäller om man som sjukvårdspersonal vill hjälpa till i dom här situationerna liksom **vad har man för möjligheter och rätt att göra det liksom juridiskt och så liksom sån information gick ju ut, måste ha varit på vårdgivarguiden**

(cit 13.1, producenter 1 och 2)

Jag skulle säga att de **asylsökande är inte det stora problemet [...]** de är i systemet **utan det är de här som har halkat in vid sidan av**

(cit 13.2, vårdgivare 14)

Satt [informationsmaterial] upp i väntrum, visat på tidigare APT, men det är en svår information att använda utifrån att det var **”otydligt” med vad som gällde**. Det råde t.ex. alltid **osäkerhet om vi skulle boka in en asylsökande patient** eller inte. Skulle de till namngiven vårdcentral med ett specifikt avtal, eller till oss? Om en läkare skulle avgöra om det var **vård som inte kunde anstå**, behövde patienten först bli inbokad på ett bedömningsbesök, vem skulle betala för det?

(cit 13.3, vårdgivare 7)

Enligt socialstyrelsens riktlinjer så är det ju läkaren som ska avgöra i varje enskilt fall [...] **vård som inte kan [anstå]** men det är ju sällan läkaren som avgör, utan [...] det är ju **receptionen** [...] det handlar ju aldrig skulle jag säga om att receptionen sitter och gör en kvalificerad bedömning och säger “nej men det där är inte vård som inte kan anstå” utan det handlar ju **mer om administrativa rutiner**, det vill säga man **vet att det är en begränsning** eh och man ger inte helt- man **ger inte korrekt information till patienten**, man kan inte- **man har inte ens det korrekta informationen oftast**

(cit 13.4, organisation 8)

Systemskillnader

Ett annat hinder utgörs av de skillnader som finns mellan svenska vårdssystem och andra länders. Den som kommer till Sverige har ofta en annan förståelse för hur vård brukar gå till och det är inte helt enkelt att på egen hand göra systematiska jämförelser som leder individen rätt. Likaså är det svårt för vården att veta mer precist vilka skillnader mellan vårdssystem som ställer till problem, och för vilka grupper. Den asylsökande ger de nyanländas perspektiv i Box 14 medan Box 15 visar vårdgivarperspektivet.

Box 14 Systemskillnader leder till olika förväntningar

En sak eh jag kan säga som kanske inte blir eh nåt fel på informationen men kanske det **systemet i våra länder är jättemycket sk- skiljes från systemet här** [...] i vårt land det finns, nej, vi kan säga nästan ingen vårdcentral och man kan gå direkt till vilken läkare som man vill. Så utan att tänka på även man går direkt till specialist

De har inte den här basala informationen, även om de är utbildade eftersom de var uppväxt i system. Så det här är det, jag vet inte [...] jag tror de låter som, jag tror jag kan säga, förvirrad av varför allting funkar inte här. **Men faktiskt det funkar men det är på annorlunda sätt och de förväntar, de vet inte.** De blir förvirrad [...] kanske även i början det händer mycket att det är lite om sån informationen lite förklaring blir att förklara till dem vad är vårdcentralen vad är akuten vad är specialisten och även lite eh varje grupp som kommer, det här **när man förklarar nånting det finns lite jämförelse mellan systemet sk- här** här gör man ju så och såna saker. **Så ska det bli hjälpande**

(cit. 14.1, asylsökande 1)

Box 15 Systemskillnader påverkar förståelse

Alltså kommer du från ett land där du inte har ett så utbyggt system så blir det- det är så himla krångligt att jaha, du har mödravårdcentral, vårdcentral, barnvårdcentral man har liksom ingen koll på vad skillnaden är och **det blir väldigt ogripbart hur det fungerar** [...] **det är ju ofta annorlunda än vad folk är vana vid** och det är klart att det uppstår krockar då liksom

(cit. 15.1, organisation 8)

Även om man förklarar att i Sverige **jag brukar säga att i Sverige här går man till olika instanser** beroende på vilket hål man behöver hjälp med så att vi har inte öron och näsa och mun och liksom hela kroppen bara för att man är gravid att då vi sköter graviditeten [...] att **blir du sjuk** och får halsfluss och såna saker **så är det vårdcentral då är det inte vi** [...] men **det är ju inte alltid så enkelt** som det finns ju gråzoner

(cit. 15.2, vårdgivare 13)

Språk och tolk

Ett annat hinder, som inte är specifikt för vårdsituationer utan är en generell utmaning för mottagande och inkludering, utgörs av språksvårigheter. Behovet av goda översättningar och kompetenta tolkar är stort, och ur patientsäkerhet är det synnerligen viktigt att dessa hinder övervinns. Den asylsökande som citeras i Box 16 lyfter fram behovet av att få information på modersmålet för en bättre förståelse (jfr Piller & Takahashi 2011). Även företrädaren för organisation 2 understryker vikten av flerspråkighet i vården (cit. 16.2).

Box 16 Tolkbbehov och ad-hoc lösningar

även där i programmet som jag var bjudet hos [Organisation] det var tolken var nå'n som kunde prata [Språk 1] [...] jag kan säga det var bra det hjälpte det var hjälpande men det om de kan göra det som ett till någon som kommer från [Land 1] och vill göra det det kunde bli på [Språk 2] det och eller till exempel även mitt modersmål var [Språk 3] det kunde bli lättare [...]

och det jag kan säga att det har alltid jag har sagt det att det brukar hända att att att det kanske händer att **många från mitt land som kommer du kommer genom [Land 2] de har bott i [Land 2]** de de har märkt att många [...] kan göra det men det betyder inte att alla kan göra det nej det är därför kanske de eh prejudgements som man kan säga att att en annat det har hänt men men det det hjälper att **men det ska bli bättre om det på vår modersmål [...]**

jag hade många frågor och frågade det var bra att det eftersom det var lite tolkande komma från [Land 2] även **jag började att fråga på engelska** och kunde de som facilitator kunde göra det, **svara de på engelska till mig**

(cit. 16.1, asylsökande 1)

Vi hade jättebra tillgång till vårdcentral i [Plats] och när de boende behövde hjälp frågade de personalen som lotsade dem vidare. Vi hade personal som talade både [Språk 1] och [Språk 2].

(cit. 16.2, organisation 2)

3.4.3 Tankeverktyg: kommunikation och mediering

En möjlig utgångspunkt för att ringa in den kommunikationssituation som behöver lösas är ett enkelt system, en sk. fyrfältare (se bild 4 nedan) där ena axeln visar graden av kunskaper om vård och den andra axeln graden av kunskap om det regelverk som styr förutsättningar för asylsökande (eller andra grupper). I en sådan graf kan man skapa sig en bild av vilka som ska läsa. Om man placerar in potentiella mottagare av informationen som man ska utforma i de fyra fälten så kan det vara en hjälp för hur man sedan bör formulera informationsmaterialet. Om de tänkta läsarna befinner sig på en punkt, t.ex. med lite kunskap om både vårdsystemet i Stockholm och regelverk för asylsökande så behöver informationen var mycket grundläggande, tydlig och förklarande. Om målgruppen sprider ut sig i hela fältet så kan man fundera på om det i stället skulle gå att tillhandahålla olika material, eller utforma materialet så att det passar flera grupper.

Behovsanalys: Möjliga positioner i förhållande till kunskap om vård och regler

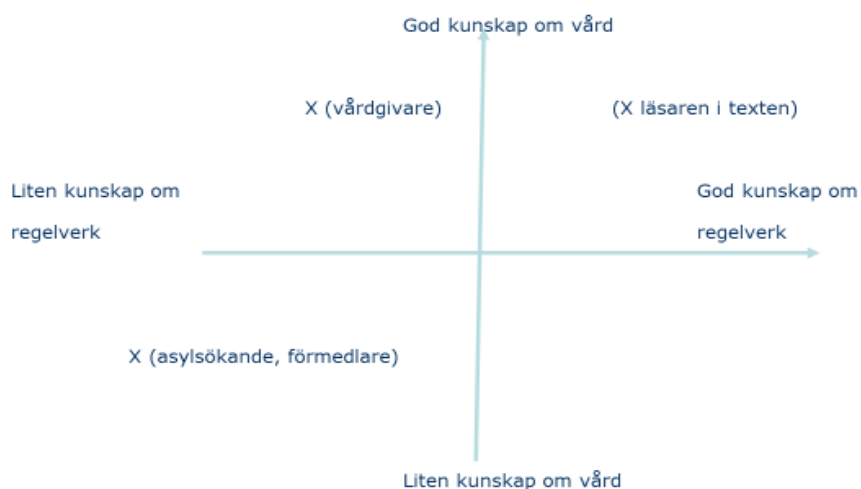


Bild 4 Kunskap och informationsbehov vid olika grupper

Ett annat verktyg rör *hur* informationen ska användas: I vilka situationen tänker man sig att den ska komma till bruk? Utifrån svaret på den frågan kan man få hjälp med val av kommunikationssätt språklig utformning och eventuella multimodala alternativ (text på papper eller digitalt, samtal på film eller i telefon, sociala medier eller hälsokommunikatörer, bilder, illustrationer eller animeringar, utbildningsinsatser och informationskombinationer etc.).

Ett tredje verktyg rör språkliga val i information och de utgår från de aspekter som vi har fokuserat och belyst genom textanalysen. Det är centralt att ta språket till hjälp för att göra det tydligt vad som å ena sidan är nödvändigt och vad som å andra sidan är möjligt. Dispositionen av informationen är också betydelsebärande för läsaren, och beroende på modalitet (webb, papper, app) kan man välja design och struktur som lyfter fram det viktigaste, som visar skilda teman *eller* som visar ordningsföljd.

Ett fjärde tankeverktyg rör innehållet, och det går att koppla till modellen ovan. Tre frågor som kan vara vägledande när det gäller val av innehåll och i vilken mån hjälp med fördjupade förklaringar krävs: Vilka systemskillnader skapar problem för att förstå informationen? Förutsätts kunskaper som inte är självklara? Vad behöver man förklara för att personer med olika bakgrund och erfarenheter ska förstå.

3.5 Bilder av själv och andra

Även om det inte ingår i våra forskningsfrågor eller ursprungliga plan, så kan vi konstatera att vi i intervjuerna och i de längre enkätsvaren har kunnat fånga upp vad som verkar vara återkommande negativa stereotypa bilder av och berättelser om asylsökande, nyanlända och personer utan tillstånd samt om svensk sjukvård. Några återkommande bilder som verkar konstruerats och traderats av flera olika aktörer sedan hösten 2015 är dels att asylsökande har dålig eller felaktig kunskap om egenvård och sjukdomar, dels att SLLs vårdssystem är svårt att genomskåda, att vårdgivare är som dåligt insatta i regelverk för t.ex. personer utan tillstånd och att vårdgivare antingen håller för mycket eller för lite på regelverk.

En hypotes är att det är de punkter som skaver och är svåra att lösa för olika parter som bidrar till och reproducerar stereotypa berättelser. Det krävs god kunskap för att kunna sätta sig in i någon annans perspektiv, men har man möjlighet att förstå utifrån någon annans position kan handlingar och företeelser, som kanske förvånar vid en första anblick, te sig helt logiska och rimliga med lite eftertanke. Vi tror att god kommunikation som understöds av förmedlare med dubbla kompetenser (hälsokommunikatörer) verkligen kan bidra till att både förebygga och ifrågasätta stereotypa uppfattningar (jfr Bäärnhielm m.fl. 2013). Här spelar verkligen SLL:s kommunikationsarbete en central roll.

4. Utvärderingens utmaningar och hinder - möjligheter och styrkor

Studien har varit begränsad både när det gäller utsträckning i tid (12 månader) och omfattningen på arbetstiden för forskarna (25%). SLL:s kontaktperson Anette Karlsson har inte varit finansierad utan har fått finna utrymme inom ramen för sin tjänst. Med längre tid, större omfattning och medel för SLL hade vi kunnat göra studien mer omfattande och ännu djupare.

Vi har följt den i ansökan skisserade tids- och arbetsplanen, men mer tid än beräknat har gått åt till att söka kontakt med deltagare till studien. Även här har tidsfaktorn varit ett bekymmer då det vid projektstarten hade gått nästan ett och ett halvt år sedan den stora ökningen av flyktingar i Sverige. Många personer som arbetade med mottagande under hösten 2015 och våren 2016 hade hunnit byta jobb, position och inriktning när vi sökte kontakt 2017. En del upplevde perioden arbetsmässigt kaotisk och många mindes helt enkelt inte längre hur, om eller i vilka sammanhang som SLL:s informationsmaterial använts. En svårighet har alltså varit att verkligen följa informationsmaterialets konkreta väg från SLL till personer som förmedlar informationen och vidare till asylsökande fått information. Men, även om de som deltog inte alltid kom ihåg materialet eller mer precist hur de använt det, så var det emellertid flera som hade mer generella tankar och åsikter om hälso- och vårdinformation för asylsökande, nyanlända och personer utan papper.

SLL delade generöst med sig av alla sina kontakter och distributionslistor så vi nådde alla som inte bytt arbete med en e-postförfrågan om deltagande (och en kort enkät). Trots påminnelser var återkopplingen mager. Vårdgivare och andra upplever att de helt enkelt inte kan avvara tid för att delta. Ett forskningsprojekt som detta har dessvärre inte så stora möjligheter att locka med ersättning eller kompensation för den tid som t.ex. vårdgivare skulle behöva ta sig så det fanns ingen sådan motivation att erbjuda. Vi är dock tacksamma för de längre och kortare enkätsvar vi fick, men framför allt för de intervjuer vi kunde genomföra med en frivilligorganisation, en representant för en stadsdel, en asylsökande, en grupp med vårdgivare och SLL:s egen produktionsgrupp. Våra kombinerade material och analysmetoder har lett till att vi har fått med oss en rad olika perspektiv, även om resultaten inte kan säkerställas statistiskt eller generaliseras. Vi har kunnat uppmärksamma återkommande mönster också i vårt begränsade material. Enkäterna pekar mot tendenser som vi har kunnat gå på djupet med i de intervjuer vi har. Nya frågor har uppstått och vi söker nu vägar för att gå vidare med dessa.

Studiens design när det gäller kombination av material och metoder ger oss möjligheter att få en komplex och sammansatt bild av situationen (om än något begränsad, se ovan). Analysen av texterna som SLL producerade kan visa att det finns en glidning mellan den läsning texten i realiteten inbjuder till och det syfte som broschyrerna hade (de är lite för komplicerade för personer som inte är väl insatta i vården i Stockholm och i det svenska systemet), medan de mer riktade affischerna hade lättare att språkligt pricka in sin snävare målgrupp. I analysen av enkäterna och intervjuerna använde vi oss av flera sorters analys, bland annat narrativanalys (analys av berättelser). Forskning om narrativer visar också att det är vanligt att berättare kan inta olika förhållningssätt och olika position i förhållande beroende på vilka teman som berörs, till exempel kan man vara välvilligt inställd till generöst mottagande av asylsökande när man talar om flyktingar generellt, men i en annan del av ett samtal mer restriktiv med utgångspunkt i vad den egna organisationen kan bidra med (De Fina 2015). Våra intervjuer gav möjlighet att

undersöka just det och på det sättet fick vi en mer nyanserad bild av kommunikation och mediering.

5. Slutsatser och nytta för SLL respektive SU

Vår sammanfattande och övergripande värdering av den aktuella informationsinsatsen från SLL är att materialet har uppskattats och använts av många, och det faktum att det kom ut i olika verksamheter snabbt ses som något mycket positivt. Emellertid gör skilda mål, olika informationsbehov och förväntningar hos olika grupper som är inblandade i kommunikationskedjan att kommunikationssituationen blir synnerligen komplex för SLL. Dessa skillnader innebär att det hos olika parter uppstår skilda behov av att använda sig av ytterligare informationskällor t.ex. 1177, vårdgivarguiden och specialister (frivillig sjukvårdspersonal). Vidare är ett av de största hindren, som såväl asylsökande och vårdgivare som förmedlare av vårdinformation behöver övervinna, är förståelse av det svenska vårdssystemet och regelverk för asylsökande, nyanlända och personer utan papper.

Att låta personer berätta i retrospektiv ger en bild av vad deltagare verkar anse vara det viktiga i en kommunikationssituation. Det är viktigt att understryka att det handlar om personers uppfattningar och konstruktioner av vad de upplevt och inte några allmänna sanningar eller exakta beskrivningar av händelser i 2015/2016. Vi har snarare genom deltagarnas berättelser fått en insyn i deras specifika förståelse och värderingar och vad de ser som är avgörande för framgångsrik kommunikation (De Fina & King 2011). Narrativer som återkommer i mer eller minder lika form hos flera deltagare och i flera grupper kan dock peka på tendenser till stereotypa uppfattningar om såväl asylsökande som vårdgivare och informations-spridning. Att få syn på stereotyper som skadar och desinformerar är viktigt för att kunna motverka och bearbeta dem. Det är viktigt i förhållande till SLL:s inkluderande arbete. När vi nu har fått dem i sikte har vi goda möjligheter att gå vidare med arbete som skulle kunna motverka sådana föreställningar.

SLL har genom projektet fått en kommunikationsinsats belyst av oberoende aktör på ett vetenskapligt och fördjupat sätt. Projektet har givit kunskap som bidragit till större förståelse, t.ex. om textformulering. Kommunikationsaktiviteten har blivit utvärderad och till det har de även fått konkreta verktyg som de kan använda sig av i kommande kommunikationsaktiviteter. De menar att forskningen har bidragit till bättre förståelse för hur de ska planera och utforma kommunikationsinsatser inom detta område, och de har redan nu tillämpat stödet de har fått genom denna studie i ett par texter.

SU:s forskare har bidragit till forskarsamhället genom att presentera och diskutera resultat vid fyra konferenser. Dessutom planerar forskare två artiklar, en i ett internationellt sammanhang som knyter våra lokala resultat till ett globalt sammanhang (Discourse & Society) och en som är riktad mot ett svenskt sammanhang där kunskaper från SU sprids till andra lärosäten och situationer där hälsolitteracitet är relevant (Svenskans beskrivning, peer-reviewgranskad). Arbetet med artiklarna är inte finansierat av samverkansprojektet och ligger därför tidsmässigt utanför projektramarna. Studien har också visat hur ett samarbetsprojekt kan genomföras och vi har bidragit med att knyta SU och vår forskning till ett viktigt samverkansområde.

Vår samverkanstudie har resulterat i en ny projektansökan tillsammans med vår tidigare samverkanspartner och ytterligare en SLL-kontakt. Vi önskar gå vidare med en språkvetenskaplig studie av SLL:s informationsarbete genom hälsokommunikatörer, som ett exempel på lyckad kommunikation. Denna studie utgår ifrån de frågor som har uppstått i vårt nu avslutade projekt.

6. Referenser

Baynham, M. (2011). Stance, positioning, and alignment in narratives of professional experience. *Language in Society*, 40(1), 63-74.

Bäärnhielm, S., Hussein, H., Baker, U., & Allebeck, P. (2013). Hälsokommunikatörer kan bidra till bättre hälsa hos utlandsfödda. *Läkartidningen*, 110: CAZZ.

De Fina, A. (2015). Narrative and identities. In: De Fina, A. and Georgakopoulou, A. (eds). *The handbook of narrative analysis*. Chichester: Wiley, pp. 351-369.

De Fina, A. & King, K. (2011). Language problem or language conflict? Narratives of immigrant women's experiences in the US. *Discourse Studies*, 13(2), 163–188.

Hsieh, H.F. & Shannon, S.E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288.

Kell, C. 2015. Ariadne's thread: Literacy, scale and meaning-making across space and time. In Strout, C and Prinsloo, M. (Eds.) *Language, literacy and diversity: Moving words*. London: Routledge.

Ochs, E. & Capps, L. (2002). *Living narrative: Creating lives in everyday storytelling*. Harvard: Harvard University Press.

Piller, I. & Takahashi, K. (2011). Linguistic diversity and social inclusion. *International Journal of Bilingual Education and Bilingualism*, 14(4), 371-381.

Wångdahl, J. & Al-Adhami, M. (2016). *Hälsokommunikation i samhällsorienteringen i Stockholms län 2015-2016: En utvärderingsrapport*. Uppsala universitet: Socialmedicinsk rapportserie, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap.

Bilagor

Bilaga 1 SLL:s broschyr, svenska

Svenska Vård för dig som söker asyl

Vård för dig som söker asyl

Om du söker asyl i Sverige har du rätt till hälso- och sjukvård och tandvård som inte kan vänta. Barn under 18 år har dessutom rätt till gratis vård. Barn har samma rätt till hälso- och sjukvård och tandvård som barn som är folkbokförda i Sverige.

Sjukvårdspersonal har tystnadsplikt
I Sverige har sjukvårdspersonal och tolkar inom vården tystnadsplikt. Det innebär att de inte får lämna ut uppgifter om dig till någon annan person eller till myndigheter utan din tillåtelse.

Om du behöver tolk
Om du inte förstår svenska har du rätt till kostnadsfri språktolk. Du eller ditt ombud måste då meddela vårdcentralen eller tandläkaren detta före besöket. Vid besöket översätter tolken via telefon eller direkt på plats när vårdgivaren anser att det behövs.

LMA-kort
När du söker sjukvård ska du visa upp ditt LMA-kort, det är ett kort som Migrationsverket delar ut. LMA betyder lagen om mottagande av asylsökande och kortet är en tillfällig identitetshandling som gäller för dig under din tid som asylsökande.

Vård för barn och unga
Barn har samma rätt till hälso- och sjukvård och tandvård som barn som är folkbokförda i Sverige. Sjukvård för barn under 18 år är gratis, till exempel gäller det besök

på barnvårdcentral, vårdcentral, ungdomsmottagningar, barnmedicinska avdelningar samt barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar. Barn och ungdomar betalar heller inget för tandläkarvård. Undantag är besök på sjukhusens akutmottagningar som kostar 120 kronor.

Vaccinationer för barn
Om du har barn som är 0-5 år är det speciellt viktigt att du kontaktar barnvårdcentralen (BVC) så snart som möjligt, så får du hjälp med barnets vaccinationer.

Vård för vuxna som fyllt 18 år
Vuxna har rätt till vård som inte kan vänta, det kan till exempel vara akuta besvär och akut tandvård, kronisk sjukdom, oro och ångest eller smärta. Det är vårdpersonalen som bedömer om du behöver vård.

Gravida får gratis mödravård och förlossningsvård. Rådgivning om preventivmedel kostar heller inget. Kvinnor har också rätt att få abort.

Vad koster ett vårdbesök?
Den största delen av kostnaden för ett besök betalas av staten, men du får själv betala en del. Till exempel så får du betala 50 kronor för ett besök på en vårdcentral och gynekologisk mottagning och 50 kronor för ett tandläkarbesök inom tandvården. Ett besök på sjukhusens akutmottagningar kostar 400 kronor.

Så här söker du sjukvård
Om du behöver vård ska du boka ett besök på en vårdcentral. På vårdcentralen får du träffa en läkare eller sjuksköterska. Du kan också få en remiss till en specialist-läkare och recept på läkemedel. Om du blir sjuk eller skadad på kvällen och helger kan du kontakta en närakut.

Vid fara för liv, ring 112!

Alla telefonnummer och adresser till vården hittar du på www.1177.se. Du kan också dygnet runt, ringa telefonnummer 1177 för att få sjukvårdsrådgivning och hjälp med vart du ska vända dig för att söka vård.

Sjukvårdsrådgivning via tolk på arabiska: 0771-1177 90

Sjukvårdsrådgivning via tolk på somaliska: 0771-1177 91

Så här söker du tandvård
Behöver du tandvård kan du kontakta Folk tandvården: www.folktandvardestockholm.se, 020-687 55 00 eller Distrikt tandvården: www.distriktstandvarden.se.

Akut tandvård finns hos båda. Om du är i behov av tandvård på natten ska du ringa 1177 för att få råd.



Kostnadsfri hälsoundersökning
Du har rätt till en kostnadsfri hälsoundersökning för att gå igenom din hälsa. Vid hälsoundersökningen träffar du en specialist sjuksköterska för samtal och provtagning. Du får också veta mer om hur vården fungerar så att du kan få den vård och behandling du behöver.

Vårdcentraler som gör hälsoundersökningar:

Rissne vårdcentral	Fittja vårdcentral	Valsta Vårdcentral
Rissne Torg 3 174 57 Sundbyberg 08-123 369 00	Fittjavägen 9, 3tr 145 51 Norsborg 08-123 428 00	Hammargatan 6 195 03 Märsta 08-123 452 00
Vårdcentral Wasa	Vårdcentral Rågsved	Rinkeby Vårdcentral
Prästgårdsvägen 4 151 61 Södertälje 08-550 288 00	Kumlagatan 15 124 65 Bandhagen 08-555 680 00	Skårbygränd 3 163 72 Spånga 08-123 399 00

Bilaga 2 SLL:s affisch, barnhälsovård

Barnhälsovård



Det är viktigt att barn 0-6 år blir vaccinerade. Kontakta därför närmaste barnvårdscentral, BVC, så snart som möjligt för att få hjälp med barnets vaccinationer.

☎ 1177

1177.se/hitta-vard

Barnhälsovård för barn 0-6 år

På barnvårdscentralen, BVC, erbjuds hälsovård och vaccinationer av barn 0-6 år. Föräldrar kan också få råd och stöd när det gäller amning, amningsproblem, mat, sömn och annat som rör barnets hälsa och utveckling.

Informera och rekommendera föräldrar eller vårdnadshavare till små barn att kontakta BVC så snart som möjligt efter ankomsten till Sverige.

Besöken är gratis.

Information om vård på 14 språk

På www.1177.se/asyl finns information översatt till 14 språk om vård i Sverige för den som är asylsökande eller tillståndslös.

Om barnet är sjukt

Om ett barn är sjukt och behöver vård vänder man sig till vårdcentral eller närakut. Besöken är gratis.

Vid allvarligt olycksfall eller allvarlig sjukdom vänder man sig till en barnakutmottagning. Besöken kostar 120 kronor.

Barnakutmottagningar i Stockholms län

Barnakutmottagningen, Astrid Lindgrens Barnsjukhus, Solna

☎ 08-517 700 00

Barnakuten, Sachsska barn- och ungdomssjukhuset, Södersjukhuset

☎ 08-616 40 50

Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, Akutmottagning Barn

☎ 08-585 800 00

Barnmedicinsk akutmottagning Danderyds sjukhus

☎ 08-123 565 00

Ring sjukvårdsupplysningen för rådgivning. ☎ 1177

Tolkad sjukvårdsrådgivning på arabiska, alla dagar 8-22, ☎ 0771-1177 90

Tolkad sjukvårdsrådgivning på somaliska, alla dagar 8-22, ☎ 0771-1177 91

Vid livshotande tillstånd ☎ 112

Bilaga 3 Respons till enkät

Grupp	Antal utskick	Antal ej levererat utskick	Antal svar	Respons %
Frivilliga/ Religiösa/ övriga	23	17	7	30%
Kommun/ stadsdel	36	4	12	33%
Vårdgivare	204	16	11	5%

Bilaga 4 Intervjuinspelningstid

Grupp	Antal gruppintervjuer	Forskningspersoner	Inspelningstid
Frivilliga organisationer	1	1	46:36
Kommun/ Stadsdel	1	1	34:16
Asylsökande	1	1	41:11
Produktion/SLL	1	3	70:52
Vårdgivare	1	8	43:32
TOTAL	5	14	236 min

Bilaga 5 Intervjufrågor

Frågor till asylsökande

- Har ni sett texten förut? I vilket sammanhang?
- Oavsett om ni har sett den, vem tycker ni ska använda texten?
- Har ni använt den? På vilket sätt? Vilken information i texten? I vilka situationer? Med vem? För vem? Kan ni ge ett exempel?
- Hur gick det till när någon behövde vård? Akut/reguljär. Kan ni ge ett exempel?
- Vilken information behövs? Vem behöver informationen?
- Hur bör den informationen utformas?

Frågor till organisationer

- Hur arbetade ni med kommunerna/asylboende etc? Kan ni ge ett exempel?
- Hur har ni informerat er? Vilken roll spelade broschyrerna? 1177 (telefonnr)? Vårdguiden (www)? Hur har informationen fungerat? Hur har informationssökning fungerat? Hittade ni vad ni behövde veta?
- Är du medveten om att SLL-texterna fanns, Har du använt dem? Hur? Varför?
- Hur upplevde du att SLL skickade ut materialet i november, februari och april? Kommer du ihåg att du fick ett brev från SLL tillsammans med broschyrerna? På vilket sätt hjälpte materialet, om det hjälpte? Vad saknades?
- Vad tänkte du att syftet var och vad som skulle göras med materialet? Har det fyllt sina syften? (var dubbla syftet ett problem?)
- Vem tog del av informationen? Gick information till nyanlända? På vilket språk? Hur uppfattades information? Kan du ge ett exempel?
- Hur gick det till när någon behövde vård? Vem sökte information? Vem behövde hjälp? Akut/reguljär. Kan du ge ett exempel?
- Hur har ni tolkat "vård som inte kan vänta"? Hur har ni gått till väga för att avgöra?
- Vill du tillägga någonting annat? Vad skulle SLL behöva lära sig om informationsgivning enligt din erfarenhet?

Frågor till SLL

- a) Hur ville ni att texten skulle fungera (mål, effekt, förväntningar) [Vad var syftet? Vad ville ni kommunicera? Till vem riktade sig information och vem ville ni informera?]
- b) Vem tänkte ni ska använda texterna och på vilket sätt
- c) Kan ni beskriva hur det gick till att formulera, formgiva och producera de olika broschyrerna?
 - a. vad tänkte ni när ni formulerade texterna/vad var det viktigaste?
 - b. Varifrån kom information?
 - c. Hur utvecklades information på vårdguiden 1177.se)?
 - d. Finns det några riktlinjer om hur en broschyr ser ut (t.ex. branding, färg, du-tilltal m.m.)?
 - e. Varför du-tilltal i 'Till dig som söker asyl', varför inte i 'BVC'?
 - f. Varför fanns det tre utskick? Vad förändrade ni/vilken information lades till?
Arbetsgångsbeskrivning: kontext, sammanhanget, intertextualitet
 - g. Har texten testats? På vilket sätt?
- d) Hur bestämde ni vem ni skickar informationen? Vilka adresser? Fanns det några nyckelpersoner eller nyckelorganisationer? (t.ex. Refugees welcome, Röda korset, Migrationsverket)
Information om papperslösa, transit?
- e) Vad vet ni om hur det användes? Hur vet ni det
- f) Vill ni tillägga någonting annat?

Frågor till kommun/stadsdel

- a) Hur arbetade ni när det gäller sjukvård för asylsökande i höstas 2015? Kan ni ge ett exempel?
- b) Hur har ni informerat er om vårdmöjligheter? Vilken roll spelade broschyrerna? 1177 (telefonnr)? Vårdguiden (www)? Hur har informationen fungerat? Hur har informationssökning fungerat?
Hittade ni vad ni behövde veta?
- c) Är ni medveten att SLL:s texter fanns, Har ni använt dem? Vem? Hur? Varför?
- d) Vad tänkte ni att syftet var? Har det fyllt sina syften?
- e) Hur upplevde ni att SLL skickade ut materialet i november, februari och april? På vilket sätt hjälpte materialet, om det hjälpte? Vad saknades?
- f) Vem tog del av informationen? Gick information till nyanlända? På vilket språk? Hur uppfattades information? Kan ni ge ett exempel?
- g) Hur gick det till när någon behövde vård? Vem sökte information? Vem behövde hjälp? Akut/reguljär. Kan ni ge ett exempel?
- h) Hur har ni tolkat "vård som inte kan vänta"? Hur har ni gått till väga för att avgöra?
- i) Vad skulle SLL lära sig om informationsgivning enligt din erfarenhet?
- j) Vill ni tillägga någonting annat?

Frågor till vården

- a) Känner ni till det informationsmaterial om vård av och för nyanlända som SLL har formulerat?
Om ja: Vem är den tänkta målgruppen? Vem kan använda informationen?
- b) Har ni tagit emot informationsmaterialet (broschyr, affisch, webblänkar)?
Om ja: Vad gjorde ni med materialet? Använde ni även andra källor t.ex. vårdgivarguiden på nätet, frågade andra personer?
- c) Vilken information behövs för nyanlända? Vem behöver informationen (vårdgivare, mottagarorganisationer, nyanlända?) Hur ger man information på bästa sätt?

- d) Vilket informationsbehov har ni?
- e) Hur tar ni emot asylsökande? Har det förändrats? Vilka lärdomar drar ni? Kan ni ge ett exempel.
- f) Har ni behövt ta ställning till vad "Vård som inte kan anstå" innebär?
- g) Vad behöver SLL lära sig om informationsgivande, enligt din erfarenhet?
- h) Vill ni tillägga någonting annat?